



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“AVIS, Cuidar do Cuidador”

- Projeto de Intervenção Comunitária -

João José Gaspar Miguéns

Orientação: Mestre Edgar Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“AVIS, Cuidar do Cuidador”

- Projeto de Intervenção Comunitária -

João José Gaspar Miguéns

Orientação: Mestre Edgar Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

"AVIS, Cuidar do Cuidador" - Projeto de Intervenção Comunitária

João José Gaspar Miguéns

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhetro (Doutoura em Enfermagem) Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

Arguente: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (Doutoura em Enfermagem) Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

Orientador: Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais, Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Data: 25 de novembro de 2020

"Quanto mais grave é uma doença, maior tem de ser a esperança. Porque a função da esperança é preencher o que nos falta".

(Vergílio Ferreira)

Dedico este trabalho à memória da minha mãe, falecida em 08-04-2018, com patologia de Alzheimer e ao meu pai que, com dedicação, carinho e sacrifício, “cuidou” dela durante cerca de 12 anos, por forma a proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida, dentro das limitações da sua doença...

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho, tive oportunidade de contar com vários apoios, tanto de pessoas singulares como de instituições, pelo que gostaria de agradecer a todos aqueles que, ao longo deste caminho, me apoiaram, motivaram e aconselharam, nomeadamente:

- Ao Professor **Edgar Canais**, pela disponibilidade e apoio que sempre mostrou;
- Ao meu orientador de estágio, o enfermeiro **João Bravo**, pela disponibilidade, dedicação e apoio que sempre demonstrou ao longo do meu estágio;
- Aos **utentes** que participaram no estudo, pois sem a sua colaboração não seria possível a concretização deste trabalho;
- À **Câmara Municipal de Avis**, pela disponibilização de bibliografia e documentação;
- À **Santa Casa da Misericórdia de Avis**, **Provedor**, **Diretora** e **restante pessoal** que nesta instituição trabalha;
- À minha colega de curso **Gorette Pelica**, pela disponibilidade e colaboração ao longo de todo o estágio e elaboração do relatório;
- À minha **família**, **esposa**, **filha** e ao meu **pai** pelo apoio que me deram ao longo de todo este meu percurso;
- Às minhas **colegas de trabalho**, **equipa médica**, **personal administrativo** e **assistentes operacionais**;
- Aos meus **amigos**, por estarem sempre presentes, com todo o carinho, afeto, atenção, paciência, preocupação e motivação que demonstraram constantemente.

A todos, o meu muito obrigado!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo principal capacitar (empoderar) os cuidadores informais para o desempenho da sua função.

O estudo conta com uma amostra de 12 participantes sendo que seis são utentes e seis são cuidadores informais.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desempenha um papel importante junto dos cuidadores informais, não só em termos de apoio, como de transmissão de conhecimento.

Conclui-se que as intervenções no âmbito da enfermagem comunitária e saúde pública são essenciais e uma mais-valia para os cuidadores informais, os quais se defrontam com diversas dificuldades: relações familiares, sociais e profissionais afetadas; saúde física e mental afetada; falta de apoio de profissionais e de apoio financeiro.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária; Cuidadores Informais; Sobrecarga; Intervenção.

ABSTRACT

The present study has as main objective to train (empower) informal caregivers to perform their function.

The study has a sample of 12 participants, six of whom are users and six are informal caregivers.

The results reveal that the intervention of the specialist nurse in community nursing and public health plays a crucial role with informal caregivers, not only in terms of support, but also of knowledge transmission.

It is concluded that interventions in the scope of community nursing and public health are essential and an asset for informal caregivers, who face several difficulties: affected family, social and professional relationships; affected physical and mental health; lack of support from professionals and financial support.

Keywords: Community Nursing; Informal Caregivers; Overload; Intervention.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Caracterização Geral dos Utentes	108
Anexo 2 – Escala de Barthel	110
Anexo 3 – Questionário de Caracterização Geral dos Cuidadores Informais	111
Anexo 4 – Escala da Sobrecarga do Cuidador	119
Anexo 5 – Apresentações Realizadas	121
Anexo 6 – Artigo “‘CUIDAR DO CUIDADOR’ Revisão Integrativa da Literatura	142
Anexo 7 – Pedido de Autorização ao Professor Doutor Carlos Sequeira	162
Anexo 8 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	163
Anexo 9 – Declaração de Aceitação de Orientação	165
Anexo 10 – Pedido de Autorização ao Provedor da SCMA/Resposta	166

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	36
Figura 2 – Concelho de Avis	40
Figura 3 – Fronteiras do Concelho de Avis	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa da População Idosa na UE	22
Gráfico 2 – Estimativas e Projeções da População Idosa(65ou + anos) Residente em portugal (1991-2080)	25
Gráfico 3 – Evolução da população residente 1960-2011	43
Gráfico 4 – Densidade Populacional (2001-2011)	44
Gráfico 5 - População residente, por grupo etário	45
Gráfico 6 - Índice de Envelhecimento - 2011	45
Gráfico 7 - Índice de Dependência de Idosos, 2011, por localidade	46
Gráfico 8 - Índice de Longevidade, 2011, por Localidade	47
Gráfico 9 - Taxa bruta de natalidade (‰)	48
Gráfico 10 - Taxa bruta de mortalidade (‰)	49
Gráfico 11 - População empregada por setor de atividade	52
Gráfico 12 - Evolução da população empregada por setor de atividade	53
Gráfico 13 - Desempregados inscritos no Centro de Emprego, segundo o sexo	55
Gráfico 14 –Idade (utentes)	66
Gráfico 15 – Género (utentes)	66
Gráfico 16 – Contexto em que vive (utentes)	67
Gráfico 17 – Grau de dependência (utentes)	67
Gráfico 18 – Nível de dependência face à alimentação (utentes)	68
Gráfico 19 – Nível de dependência face às transferências (utentes)	68
Gráfico 20 – Nível de dependência face à toalete (utentes)	69
Gráfico 21 – Utilização do WC (utentes)	69
Gráfico 22 – Nível de dependência face ao banho (utentes)	70
Gráfico 23 – Nível de dependência face à mobilidade (utentes)	70
Gráfico 24 – Nível de dependência face às escadas (utentes)	71
Gráfico 25 – Nível de dependência face ao vestir (utentes)	71
Gráfico 26 – Nível de dependência face ao controlo intestinal (utentes)	72
Gráfico 27 – Nível de dependência face ao controlo urinário (utentes)	72
Gráfico 28 – Resultados da escala de Barthel	73
Gráfico 29–Género (CI)	73
Gráfico 30 – Idade (CI)	74
Gráfico 31– Habilitações Literárias (CI)	74
Gráfico 32 – Situação profissional (CI)	75

Gráfico 33 – Relação com a pessoa que cuida (CI)	75
Gráfico 34 – Tempo que presta cuidados (CI)	76
Gráfico 35–Se tem ajuda (CI)	76
Gráfico 36 – Periodicidade com que presta cuidados (CI)	77
Gráfico 37 – Problema (CI)	77
Gráfico 38 –Tipo de problema (CI)	78
Gráfico 39–Papel do prestador (CI)	79
Gráfico 40 – Falta de apoio (CI)	79
Gráfico 41 – Tipo de apoio (CI)	79
Gráfico 42 – Apoio da UCSP (CI)	80
Gráfico 43 – Dificuldades sentidas (CI)	80
Gráfico 44 – Tipos de dificuldades sentidas (CI)	81
Gráfico 45 – Ocupação de tempos livres (CI)	81
Gráfico 46–Sobrecarga dos cuidadores informais (geral)	82
Gráfico 47 – Sobrecarga dos cuidadores informais (questões 1 a 6)	82
Gráfico 48 - Sobrecarga dos cuidadores informais (questões 7 a 12)	83

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos sobre a Sobrecarga do Cuidador Informal	30
Quadro 2 - Índice de Longevidade	47
Quadro 3 - População ativa	50
Quadro 4 - População empregada	50
Quadro 5- Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, por sexo	51
Quadro 6 - População empregada por setor de atividade económica (2011)	52
Quadro 7 – Número de estabelecimentos por atividade económica	54
Quadro 8 - Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, por atividade económica	54
Quadro 9 – Caracterização dos Utentes	55
Quadro 10 – Caracterização dos Cuidadores Informais	56
Quadro 11 – Metas e Indicadores do ObE1	60
Quadro 12 – Metas e Indicadores do ObE2	60
Quadro 13 – Metas e Indicadores do ObE3	60
Quadro 14 - Metas e Indicadores do ObE4	60
Quadro 15 – Metas e Indicadores do ObE5	60
Quadro 16 – Previsão de Custos de Recursos Materiais e Humanos do projeto “Avis Cuidar do Cuidador	61
Quadro 17 - Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	65
Quadro 18 - Metas e Indicadores do ObE1 – Avaliação	84
Quadro 19 - Metas e Indicadores do ObE2 – Avaliação	85
Quadro 20- Metas e Indicadores do ObE3 – Avaliação	85
Quadro 21 - Metas e Indicadores do ObE4 – Avaliação	86
Quadro 22 - Metas e Indicadores do ObE5 – Avaliação	86
Quadro 23- Cronograma	86
Quadro 24 - Competências do Enfermeiro Especialista	90

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Top 10 das Populações Mais Envelhecidas em 2015 e em 2030	23
Tabela 2 – Evolução da População Idosa Residente em Portugal (1960-2011)	24
Tabela 3 – Evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal (2000-2016)	25
Tabela 4 – Evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal em Função do Sexo (2000-2016)	26
Tabela 5 - Área de cada uma das localidades do Concelho de Avis	41
Tabela 6 - Evolução da população residente por Localidade	44
Tabela 7 - Índice de Envelhecimento	46
Tabela 8 - Índice de Dependência de Idosos	46

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ADI – Apoio Domiciliário Integrado
AIVD – Atividades Independentes da Vida Diária
APFADA – Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente de Alzheimer
AVD – Atividades da Vida Diária
CI – Cuidador Informal
CMA – Câmara Municipal de Avis
DGS – Direção-Geral da Saúde
DSA – Diagnóstico Social de Avis
INE – Instituto Nacional de Estatística
NHF – Necessidades Humanas Fundamentais
ObE – Objetivo Específico
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico),
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
SCMA – Santa Casa da Misericórdia de Avis
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
UE – União Europeia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. Envelhecimento	21
1.1.1. Envelhecimento em Portugal	23
1.2. O Cuidador Informal e a Pessoa Cuidada	26
1.2.1. A Sobrecarga do Cuidador Informal	28
1.3. A Importância de Cuidados de Enfermagem para o Cuidador Informal	31
1.4. Planeamento em Saúde	33
1.5. Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender	35
1.6. Modelo Teórico de Virgínia Henderson	38
2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	40
2.1. Apresentação do Concelho	40
2.2. Caracterização Demográfica	42
2.3. Caracterização Económica	49
2.4. Caracterização dos Utentes do Estudo	55
2.5. Caracterização dos Cuidadores Informais do Estudo	56
2.6. Cuidados e Necessidades da População: Cuidador Informal	56
2.7. Áreas de Intervenção junto do Cuidador Informal	57
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	59
3.1. Objetivos	59
3.2. Metas e Indicadores	60
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES	61
4.1. Metodologia	61
4.2. Questões éticas	61
4.3. Estratégias Utilizadas	62
4.4. Recursos Humanos	62
4.5. Recursos Materiais	63
4.6. Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	64
4.7. Fundamentação das Atividades	64
4.8. Resultados da Avaliação dos Utentes Dependentes de Cuidador Informal	65
4.9. Resultados de Avaliação dos Cuidadores Informais	73
4.9.1. Resultados da Sobrecarga dos Cuidadores Informais	81
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	84
5.1. Avaliação dos Objetivos	84
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	89
6.1. Competências de Enfermeiro Especialista	89
6.2. Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	93
6.3. Competências de Mestre	96
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	106

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório, a partir do estágio efetuado no 3.º curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública em associação da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

O estágio, retratado neste relatório, decorreu no período compreendido entre 17 de Setembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados num Centro de Saúde localizado no Alto Alentejo (UCSP), sob orientação do Professor Edgar Canais, docente na Escola Superior de Saúde de Portalegre, do Instituto Politécnico de Portalegre.

Este relatório pretende ser elucidativo do percurso realizado com base nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, recorrendo assim à revisão sistemática de literatura para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência. Recorreu-se à metodologia do planeamento em saúde para o desenvolvimento da intervenção e como referencial teórico adotou-se o modelo de Nola Pender e Virgínia Henderson.

No diagnóstico de situação de saúde identificamos como problemática existente no Concelho de Avis, o envelhecimento populacional e a existência de cuidadores informais com idade avançada.

Ao longo dos últimos tempos, a preocupação em estudar o envelhecimento tem aumentado, seja a nível nacional, seja a nível internacional e por organismos como: a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), a ONU (Organização das Nações Unidas), a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a UE (União Europeia), isto no contexto internacional; o Ministério da Segurança Social e o Ministério da Saúde, as autarquias, as instituições de solidariedade, fundações, academias, institutos e universidades, entre outras, no contexto português (Carvalho, 2013). Entre muitos outros temas que vão surgindo, as questões relacionadas com os cuidadores informais têm sido cada vez mais debatidas, defendendo-se até um estatuto para o cuidador informal. Isto porque, não só desempenham um papel essencial junto de pessoas que carecem de ajuda (seja por doença, seja por deficiência) e por isso, são relevantes para a sociedade; como também sofrem um forte impacto na sua vida: social, familiar e profissional. Aliás, o mal-estar do cuidador informal

“reflete-se nos que deles dependem, assim como em diversas áreas da sua vida: familiar, social, profissional, financeira, física e emocional. O mais preocupante é que, na grande maioria dos casos, os cuidadores informais só recebem apoio quando eles próprios têm a iniciativa de o solicitar, ou quando o seu mal-estar se torna deveras visível, após desgastante confronto com certas barreiras socioculturais, político-económicas e pessoais” (Saraiva, 2011: 1).

Cuidar é uma prática milenar, universal e de todos os tempos, desde que a vida existe existem cuidados na medida em que se torna necessário tomar conta da vida para que esta

possa permanecer. Constitui uma experiência que acarreta a necessidade de definir e de redefinir as relações e os papéis, implica custos familiares, sociais e de saúde, sendo considerado um dos acontecimentos que potencialmente mais pode afetar a vida das pessoas (Santos, 2004; Wullschlegler *et al.*, 1996). Vários estudos têm confirmado que a prestação de cuidados a familiares idosos portadores de uma doença crónica é um fator de *stress* (O’ Brien, 2000; Weitzner *et al.*, 2000). Cuidar de alguém é uma tarefa pesada e que acarreta custos físicos e afetivos para quem a leva a cabo (Paúl, 1997). A Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente de Alzheimer considera que a responsabilidade de cuidar de uma pessoa (...) representa uma sobrecarga importante para o cuidador informal, com consequências psicológicas, físicas, sociais e financeiras (APFADA, 2004).

Desta forma, pensamos que ao intervirmos nesta problemática, e nesta área, pode efetivamente traduzir-se numa melhoria da qualidade de vida e em ganhos em saúde para os idosos e famílias (na generalidade dos casos, os cuidadores informais), pensamos que a intervenção a desenvolver poderá beneficiar o maior número de pessoas. Assim sendo, o diagnóstico de Enfermagem Comunitária, que surgiu do estudo desenvolvido durante este estágio I, foi: “Sobrecarga dos Cuidadores Informais, existentes no Concelho de Avis, relacionando o seu papel de cuidador com a idade avançada dos mesmos. Incidiu sobre 6 cuidadores informais existentes na sede do concelho de Avis. A conformidade entre o diagnóstico e a necessidade determina a pertinência do projeto, seja ele direcionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde, ou para aumentar a eficiência dos serviços prestadores de cuidados (Imperatori & Giraldes, 1993). Nesta perspetiva, assumiu-se que a sobrecarga para o cuidador informal constitui uma problemática real na comunidade e, concomitantemente, é uma prioridade de intervenção para a melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde para os idosos e famílias.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e a estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade nacional, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidade em saúde para as quais urge organizar respostas mais adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade.

O envelhecimento da população é um fenómeno que preocupa cada vez mais as sociedades ocidentais e segundo os dados dos censos de 2011 a população idosa com 65 ou mais anos residente em Portugal representava cerca de 19% da população total. Facto é que, o progresso sucessivo da ciência permitiu um aumento da esperança de vida nunca antes atingida. Contudo, com o aumento da longevidade veio a necessidade de garantir a qualidade de vida, respondendo aos desafios que o prolongamento da mesma acarreta. O cuidador informal confronta-se com mudanças no estado de saúde do seu familiar, sentindo-se impotente para fazer face à evolução

da doença. O cuidado informal constitui a forma dominante de cuidado em todo o mundo, apesar dos desenvolvimentos observados nos serviços de prestação de cuidados de longa duração, nas entidades privadas e organizações não governamentais (Gomez, 2006).

O assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, tornando-os mais vulneráveis a conflitos. Com frequência, entram em crise, apresentando sintomas como: tensão, fadiga, *stress*, constrangimento, frustração, redução do convívio, depressão, redução da auto-estima, entre outros. Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que interferem com o bem-estar do doente e cuidador (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003). O cuidador informal enfrenta constantemente situações novas de sobrecarga física, psicológica e social, capazes de desencadear mudanças ao nível da qualidade de vida (Garre-Olmo *et al.*, 2000).

O bem-estar dos cuidadores informais, assim como a prevenção de situações extremas, requer dos profissionais de saúde, uma atenção particular, uma vez que deles dependem os doentes de que cuidam e a sua permanência na comunidade. Face a estas considerações, pretende-se, com este estudo, compreender, identificar e relacionar fatores que se associam com a sobrecarga física, emocional e social e a saúde mental de cuidadores informais. Assim, e para a realização deste trabalho definiu-se como objetivo principal: capacitar (empoderar) os cuidadores informais para o desempenho da sua função.

Desta forma, este trabalho apresenta uma intervenção realizada no âmbito da enfermagem comunitária e da saúde pública direcionada para os cuidadores informais do concelho de Avis como, concomitantemente, integra um estudo acerca da sobrecarga destes mesmos cuidadores informais.

Relativamente à organização do trabalho, este encontra-se dividido em sete pontos centrais. Ou seja, além desta nota introdutória, procede-se a um Enquadramento Teórico, onde são apresentados alguns conceitos de envelhecimento no geral e em Portugal em particular. Faz-se, também, alusão ao cuidador informal, à pessoa cuidada, à sobrecarga do cuidador informal e à importância dos cuidados de enfermagem para o cuidador informal. Enfatiza-se a metodologia de planeamento em saúde e apresentam-se dois modelos teóricos de enfermagem: o de Nola Pender e o de Virgínia Henderson.

No segundo ponto procede-se a uma análise da população, caracterizando-se o concelho, utentes do estudo, cuidadores informais e áreas de intervenção junto do cuidador informal. A fim de manter uma linha condutora entre todo o trabalho, segue-se a análise reflexiva sobre os objetivos. Através do quarto ponto pretendemos fazer uma análise reflexiva sobre as atividades realizadas nomeadamente, metodologia, estratégias utilizadas, recursos humanos e materiais, bem como os contratos com as entidades envolvidas. É também neste ponto que

são apresentados os resultados da avaliação dos utentes dependentes do cuidador informal, os resultados da avaliação dos cuidadores informais e ainda o resultado da sobrecarga dos mesmos. No ponto cinco pretende-se fazer uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, através da avaliação dos objetivos. Relativamente ao ponto seis ir-se-á fazer uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas, do enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, iremos igualmente abordar as competências de mestre.

O trabalho é então finalizado com a apresentação das principais conclusões.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para suportar o projeto de intervenção constituiu-se o enquadramento teórico, que aborda os conceitos e temas inerentes ao trabalho realizado: envelhecimento; cuidador informal; sobrecarga do cuidador, procura-se um panorama do envelhecimento em Portugal. Ainda neste capítulo, desenvolvemos a metodologia de planeamento em saúde, apresentamos o modelo teórico de Nola Pender e o modelo teórico de Virginia Henderson.

1.1. Envelhecimento

Abordar o conceito de envelhecimento não é tarefa fácil, pois está em causa um processo complexo, o que torna a sua concetualização mais difícil (Lima, 2010) e não assim há tanto tempo, era assumido como uma patologia (Moniz, 2003). Assim sendo, o envelhecimento não pode ser encarado como o

"fim de vida, mas (...) uma etapa com características e valores próprios e uma nova forma de olhar o mundo, pois a cidadania é construída por todos os indivíduos e só é possível quando todos tiverem direitos e deveres iguais" (Neto & Monteiro, 2008: 13).

No entanto, alguns autores referem que o envelhecimento é um processo idiossincrático, pois implica várias mudanças – biológicas, psicológicas e sociais – e é a interação entre elas que contribui para a complexidade que caracteriza o processo, impossibilitando o conhecimento da variância de cada uma destas dimensões (Figueiredo, 2007; Fonseca, 2006).

O envelhecimento é um processo que faz parte da vida do ser humano e do ciclo da vida. Conforme vários autores realçam, trata-se de um conceito complexo, mas existem várias características que permitem descrevê-lo. É um processo universal, pois é comum a todos os indivíduos, mas é único pois cada indivíduo vivencia este processo de forma única, o qual também varia em função das características de cada um; é um processo gradual, uma vez que vai evoluindo ao longo do tempo; e é um processo irreversível, pois não há forma de voltar atrás (Fonseca, 2006; Fontaine, 2000; Lima 2010; Moniz, 2003; Neto & Monteiro, 2008; Pimentel, 2005; Santos, 2002).

A respeito do envelhecimento, Santos (2002) explica que se trata de um processo que progride ao longo de três fases:

- A fase do idoso: As mudanças ocorrem, maioritariamente, na esfera social, iniciando-se com a entrada do indivíduo para a reforma;
- A fase de senescência: Destacam-se as mudanças ao nível físico;

- A fase da senilidade: Nesta fase as mudanças são bem visíveis. Há uma deterioração ao nível cognitivo e o idoso já não tem capacidade para satisfazer as suas necessidades básicas, sendo necessário apoio para as AVD (Atividades da Vida Diária).

Também Serrão (2006) classifica os idosos em função da sua dependência, referindo os idosos independentes, os dependentes e os muito dependentes. Segundo esta classificação, os idosos independentes ainda detêm as suas capacidades, mas não são ativos; os dependentes, são idosos em que a sua dependência é provocada por doença crónica, implicando tratamentos médicos contínuos; os idosos muito dependentes, são pessoas com mais de 85 anos e a sua dependência é o resultado do processo de envelhecimento ou doença natural.

Atualmente, o conhecimento existente sobre o envelhecimento é maior e hoje, também se fala de envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico, envelhecimento social, envelhecimento demográfico. De facto, o envelhecimento é um processo que abrange vários processos, seguindo certa ordem e certa lógica, pelo que o entendimento do que é o envelhecimento não se pode reduzir à idade, é necessário reconhecer que as diferentes dimensões deste processo interagem umas com as outras e esta interação influencia todo o processo (Fonseca, 2006).

O envelhecimento biológico resulta do aumento da vulnerabilidade e da maior probabilidade para morrer (morbilidade) (Birrei citado por Lima, 2010). O envelhecimento psicológico, por sua vez, está focado no processo cognitivo-afetivo e no comportamento, tendo impacto nas funções psicológicas, nomeadamente na memória, na capacidade de tomada de decisão (Birrei citado por Lima, 2010; Fontaine, 2000; Oliveira, 2005).

Já o envelhecimento social, resulta das mudanças que a esfera social do indivíduo sofreu e está associado aos papéis sociais e à forma como a sociedade perspetiva os papéis atribuídos aos idosos (Birrei citado por Lima, 2010; Figueiredo, 2007).

Por fim, mas não menos importante, o envelhecimento demográfico traduz o aumento da população idosa em comparação à população (no geral) e é originado, por um lado, pela diminuição das taxas de fertilidade e de natalidade e por outro, pelo aumento da longevidade, e das alterações na estrutura da população (considerando-se a população jovem, adulta e idosa) (Carvalho, 2013). Portanto, o envelhecimento demográfico, também designado de envelhecimento populacional, “encontra-se intimamente ligado à idade da população, não à idade cronológica mas sim à idade duma população, entendida como o resultado da distribuição por idades dos seus membros” (Serafim, 2007: 68).

Em conclusão, o envelhecimento é um processo normal e inerente ao crescimento e desenvolvimento do indivíduo e por isso mesmo, não existe forma de o evitar. Nesta ordem de ideias, entende-se que “o desafio do envelhecimento não se restringe à compreensão do

fenómeno mas e, sobretudo à possibilidade de participar na sua construção social, uma vez de apenas o experienciar como uma realidade natural” (Lima, 2010: 130).

1.1.1. Envelhecimento em Portugal

No últimos anos, vários países, e Portugal não é exceção, sofreram um grande reverso a nível demográfico, o que resultou no envelhecimento das camadas jovens e adultas (Silva *et al.*, 2008; Siqueira, Botelho & Coelho, 2002).

Um dos motivos para que hoje se assista um grande envelhecimento da população é o facto da esperança de vida ter aumentado (Mota, 2016) e por isso mesmo, o envelhecimento demográfico coloca em destaque o aumento gradual de pessoas com idade mais avançada, tratando-se de um fenómeno coletivo, cíclico e que é relativamente reversível (Serafim, 2007).

No que respeita à realidade portuguesa, o Instituto Nacional de Estatística (INE) revelava, em 2012, que Portugal vivenciava um duplo envelhecimento populacional (INE, 2012):

- 1) O envelhecimento provocado pela diferença, cada vez maior, entre as populações jovem e idosa, provocada pelo crescente número de idosos;
- 2) O envelhecimento provocado pela diminuição da taxa do número de jovens.

O número de idosos em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo que em 2010 eram mais de 1.5 milhões de idosos, em resultado de: em 1960, 8% da população geral era composta por idosos; em 1975, já eram mais de 12%; em, 2000 assiste-se a uma subida para 16.4% (Oliveira, 2005).

2015		2030	
País ou Área	Idade média (anos)	País ou Área	Idade média (anos)
Japão	46,5	Japão	51,5
Alemanha	46,2	Itália	50,8
Martinica	46,1	Portugal	50,2
Itália	45,9	Espanha	50,1
Portugal	44,0	Grécia	48,9
Grécia	43,6	China, Hong Kong SAR	48,6
Bulgária	43,5	Alemanha	48,6
Áustria	43,2	Outras áreas não especificadas	48,1
China, Hong Kong SAR ¹	43,2	Eslovénia	48,1
Espanha	43,2	República da Coreia	47,5

Tabela 1–Top 10 das Populações Mais Envelhecidas em 2015 e em 2030
Fonte:ONU (2015).

¹SpecialAdministrativeRegion.

Em 2017, o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) referia que a população idosa ocupava uma fatia de 28% do total da população portuguesa. E de facto, estes dados não surpreendem, pois já em 2015 a ONU (2015) identificava Portugal (como o quinto país, num *ranking* de 10 países, com a população mais Gráfico 1– Género (utentes) envelhecida, fazendo a previsão deque em 2030 o nosso país subirá para a terceira posição.

Em 2015, os dados do Eurostat colocavam Portugal como o quarto país da União Europeia (UE), entre um total de 28 países, com maior taxa de idosos (pessoas com mais de 65 anos) (Eurostat, 2015 citado por SNS, 2017).

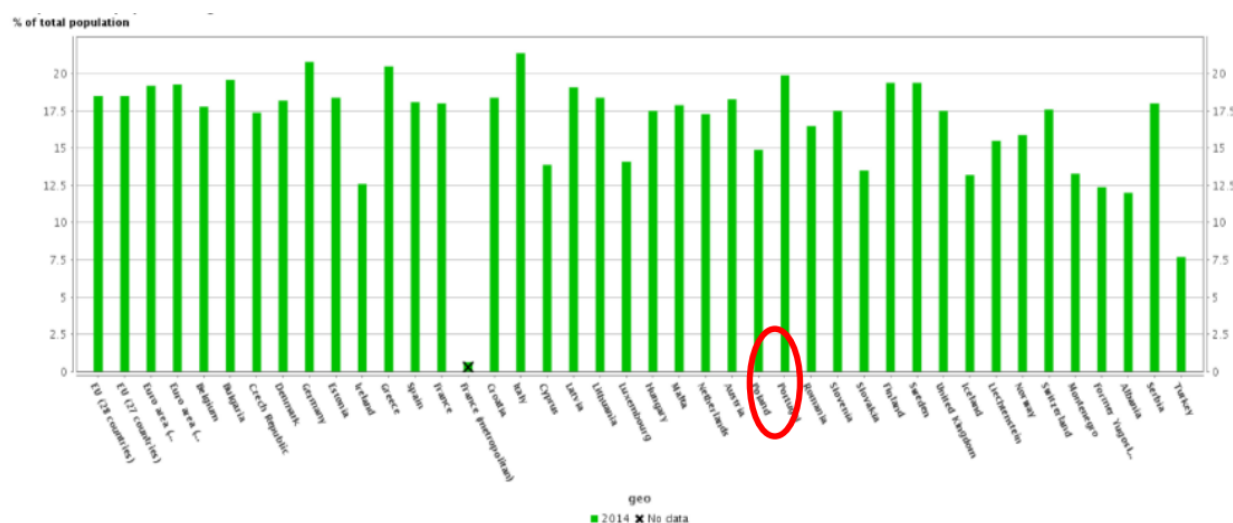


Gráfico 1 – Taxa da População Idosa na UE
Fonte:Eurostat (2015 citado por SNS, 2017).

Também em 2010, Robalo previu que entre os anos de 2020 e de 2025 a taxa da população idosa iria situar-se nos 18%, valores estes que já foram ultrapassados. Atente-se aos dados da seguinte tabela onde o aumento progressivo da população idosa (com mais de 65 anos) em Portugal nas últimas décadas é bem visível.

Anos	+65
1960	708.569
1970	832.760
1981	1.125.458
1991	1.342.744
2001	1.693.493
2011	2.010.064

Tabela 2–Evolução da População Idosa Residente em Portugal (1960-2011)
Fonte:PORTDATA (2015).

No futuro, crê-se que a população portuguesa irá continuar a envelhecer e só depois da década de 40 é que poderá começar a diminuir. Atente-se ao gráfico seguinte.

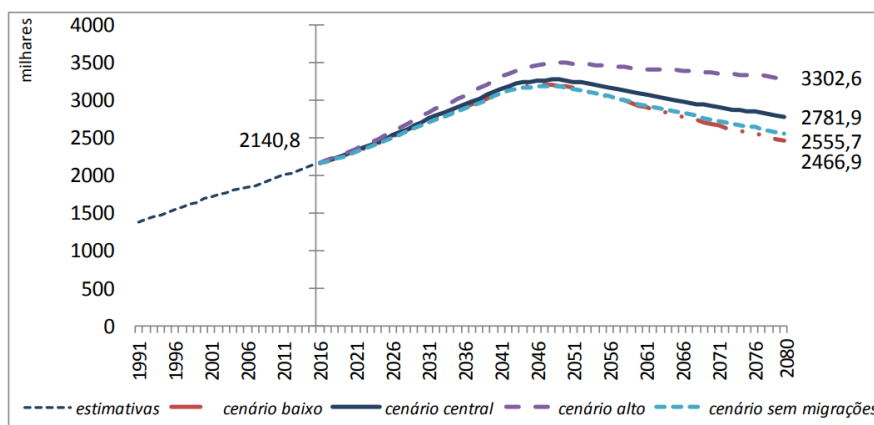


Gráfico 2–Estimativas e Projeções da População Idosa(65ou + anos) Residente em Portugal (1991-2080)
Fonte:INE (2017).

Outro indicador importante nesta matéria é o índice de envelhecimento e de acordo com os dados da PORDATA (2018), este sofreu um grande aumento desde 1961 até 2016 (27.5% para 148.7%). A tabela que se segue, apresenta o índice de envelhecimento da população portuguesa entre 2000 e 2016.

Ano	Índice de Envelhecimento (rácio)	Ano	Índice de Envelhecimento (rácio)
2000	98.8	2009	117.8
2001	101.6	2010	121.6
2002	103.3	2011	125.8
2003	104.7	2012	129.4
2004	106.6	2013	133.5
2005	108.5	2014	138.6
2006	110.4	2015	143.9
2007	112.6	2016	148.7
2008	115.1	2017	-

Tabela 3–Evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal (2000-2016)
Fonte:PORDATA (2018).

Analisando a evolução do índice de envelhecimento em função do sexo, constata-se que até agora este tem sido, sempre, maior nos indivíduos do sexo feminino.

<i>Índice de envelhecimento (rácio)</i>		
<i>Ano</i>	Sexo masculino	Sexo feminino
2000	80.1	118.7
2001	82.3	122.0
2002	83.6	124.1
2003	84.8	125.9
2004	86.3	128.1
2005	87.8	130.4
2006	89.3	132.8
2007	91.0	135.5
2008	93.0	138.3
2009	95.4	141.5
2010	98.4	145.9
2011	101.7	151.0
2012	104.6	155.3
2013	108.0	160.3
2014	112.3	166.3
2015	116.8	172.3
2016	121.0	177.8

Tabela 4–Evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal em Função do Sexo (2000-2016)
Fonte: PORDATA (2017a; 2017b).

1.2. O Cuidador Informal e a Pessoa Cuidada

O ato de cuidar é, na verdade, a atividade mais antiga do mundo, sendo uma atividade ancestral e universal (Luders & Sorani, 1999). A partir deste ato, é estabelecida uma relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, onde os seus mundos convergem (Luders & Sorani, 1999), até porque o cuidado não se reduz à emoção, atitude e desejo de ajudar, implicando, ao mesmo tempo, valores, compromisso e conhecimentos (Moniz, 2008). Neste sentido, concorda-se com Collière (2000: 235), quando afirma que cuidar é

“um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

De facto, o objetivo do cuidar é ajudar a pessoa que carece do mesmo, ou seja, de cuidados, de modo a contribuir para a sua autonomia e para o seu bem-estar (Anjos, Boery & Pereira, 2014; Moniz, 2008). Por estas razões, o tipo de cuidado a prestar difere em função das necessidades da pessoa cuidada, bem como da evolução ou das características da doença ou do défice (Martín, 2005).

Assim, a tarefa de cuidar de alguém pode ser um desafio, pois o cuidador tem que adaptar as suas rotinas e o seu dia-a-dia, e o desempenho deste papel pode provocar um desgaste tanto mental como físico, e acarretar custos (Sequeira, 2010). Conforme Squire (2005) explica, o ato de cuidar traduz-se numa forma de prestação de cuidados, mas é também entendido como uma das funções mais básicas da vida familiar, com a responsabilidade de cuidar e tomar conta de um familiar, tendo em conta as suas necessidades e de sentir afeto, interesse e preocupação no mesmo.

Neste sentido, existem os cuidadores formais e os cuidadores informais. Os primeiros, também designados de cuidados profissionais, são prestados por pessoas qualificadas, com formação e as mesmas são remuneradas, e os segundos, por norma, são prestados por familiares, amigos ou vizinhos e não são remunerados (Cruz *et al.*, 2010; Marques, 2007; Pais, 2014; Sequeira, 2010).

No âmbito da população idosa, constata-se que o cuidador informal, em foco neste trabalho, é o principal responsável e cuidador do idoso dependente, em particular, ao nível das necessidades básicas e das AVD (Rocha & Pacheco, 2013). E as suas principais funções passam pelo apoio emocional e social, pela segurança e proteção da pessoa cuidada e pela promoção da sua saúde (Kozier, 1993; Honton&Hunto, 1980 citados por Moreira, 2001).

A função de cuidador informal, que assiste a pessoa dependente ou doente, estende-se no tempo e, na maioria dos casos, é sempre o mesmo familiar a assumir este papel, havendo casos em que os idosos circulam mensalmente entre os filhos (Gemito, 2015; Lage, 2005).

Sendo que o papel de cuidador informal é, maioritariamente, desempenhado por um familiar, um fator importante que surge é o facto da família apresentar maior capacidade estrutural na resolução de problemas biopsicossociais, através da participação e do esforço de todos os membros, e na prestação de apoio, afeto, entre outros (Nina & Paiva, 2001; Zarit, Pearlin, & Schaie, 1993).

Além disso, outro aspeto que importa realçar e que influencia a adoção do papel de cuidador informal é a influência histórica, os valores culturais e as crenças reliogiosas (Caldas, 1995). E em relação à população portuguesa, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006: 61) realçam que “a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados”. E isso, torna-se, quase, uma obrigação e a qual é atribuída às mulheres (Brito, 2002; Figueiredo, 2007).

De facto, o cuidador informal, nomeadamente de um idoso, é, quase sempre, um familiar, havendo vários fatores que são determinantes para a assunção deste papel, desde: o seu dever moral e/ou social; a solidariedade conjugal ou filial; a piedade; a gratidão; a vontade própria; o evitamento da institucionalização; o amor (Cerqueira, 2005; Ricarte, 2009).

Portanto, o cuidador informal é alguém que não tem formação específica, que não é remunerado (embora, no nosso país, este assunto já comece a ser debatido e se defenda um estatuto do cuidador informal) e por norma, é um papel desempenhado por familiares, visando a satisfação das necessidades da pessoa doente ou dependente. Por isso, entre os principais motivos que contribuem para que uma pessoa se torne o cuidador informal de alguém é: as tradições do país, as normas sociais vigentes, o estágio de evolução face às modificações da estrutura familiar, a conceção da vida e a história de cada indivíduo (Santos, 2006).

Desta forma, entre os fatores que mais pesam nesta decisão, ou seja, na de ser o cuidador informal de um idoso salientam-se: as normas sociais; a moralidade; a solidariedade conjugal ou filial; a piedade; a gratidão; a vontade própria; o evitamento da institucionalização; o amor; a tradição cultural; e a tradição religiosa.

1.2.1. A Sobrecarga do Cuidador Informal

Desde há uns tempos, a preocupação com o cuidador informal tem vindo a crescer e o mesmo tem sido estudado por diversas áreas do saber, encontrando-se estudos que enfatizam os benefícios inerentes ao cuidado informal (Martín, Paúl&Roncon, 2000; Sequeira, 2010). Contudo, verifica-se que a esmagadora maioria dos estudos sobre o cuidador informal analisa o impacto negativo que o desempenho deste papel tem para a pessoa que presta cuidados, ou seja, a sobrecarga dos cuidadores informais (Figueiredo, 2007).

De facto, quando uma pessoa assume o papel de cuidador informal, esta decisão tem impacto na sua vida, pois como se referiu anteriormente, esta tem que ajustar a sua vida às necessidades da pessoa que carece de cuidado. Neste sentido, tem impacto na sua vida pessoal, familiar e social e pode provocar, entre outros, constrangimento, tensão, frustração, redução de interação social, fadiga e alteração da autoestima (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010). Ou seja, pode contribuir para a sobrecarga do cuidador informal, aqui entendida como o

"conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional" (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006: 53).

Por outras palavras, a sobrecarga do cuidador informal traduz o “estado em que as exigências que nos rodeiam excedem a nossa capacidade de as poder satisfazer” (Michal, 1995: 7), acarretando diversas consequências (físicas, psicológicas e sociais) e as quais resultam do cuidar de uma pessoa dependente (Paúl& Fonseca, 2005).

A sobrecarga do cuidador informal abrange duas dimensões e por isso, fala-se de sobrecarga objetiva e de sobrecarga subjetiva. A primeira foca a tarefa de cuidar, sendo observável e quantificável (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010). Portanto, direciona-se para o

apoio nas tarefas diárias e na resolução dos problemas comportamentais e emocionais e, ao mesmo tempo, enfatiza a restrição de tempo, maior esforço físico, despesas financeiras, mudanças na vida pessoal e familiar, assim como na saúde física e mental (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010). Por outro lado, a sobrecarga subjetiva engloba os sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador ou a sua percepção pessoal sobre as consequências inerentes aos cuidados informais (Paúl & Fonseca, 2005; Sequeira, 2010).

Além destas duas dimensões, vários autores identificaram três categorias de sobrecarga e as quais interagem entre si (Brito, 2002; Marques, 2007; Monis, 2005; Ramos, 2012; Sequeira, 2010):

- Sobrecarga física: está voltada para a prestação direta de cuidados nas AVD da pessoa dependente, isto é, cuidados de higiene e mobilizações, o que se pode tornar numa rotina desgastante, e pode provocar alterações no sistema imunitário, perturbações do sono, problemas gastrointestinais, fadiga, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares;
- Sobrecarga emocional: tem um forte impacto no cuidador, podendo contribuir para o surgimento de problemas como a depressão e a ansiedade;
- Sobrecarga socioeconómica: além deste cuidado acarretar custos, ocorrem alterações a nível profissional e uma diminuição dos contactos sociais.

No quadro que se segue, apresentam-se alguns estudos que enfocam a sobrecarga física emocional e a socio-económica do cuidador informal.

Sobrecarga física	Os estudos de Kiecolt-Glaser <i>et al.</i> (2002), Kiecolt-Glaser <i>et al.</i> (2003) e Liu e Gallagher-Thompson (2009) indicam que os cuidadores informais revelam maiores níveis de <i>stress</i> , diminuição do sistema imunitário e mais problemas de saúde. Kiecolt-Glaser <i>et al.</i> (1991) destacam a maior frequência de doenças infecciosas; Cupertino, Aldwin e Oliveira (2006) enfatizam as complicações respiratórias, distúrbios do sono; e distúrbios músculo-esqueléticos; Kãnelet <i>et al.</i> (2008) indicam a maior tendência para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.
Sobrecarga emocional	Silveira, Caldas e Carneiro (2006) referem que é frequente os cuidadores informais demonstrarem medo, culpa, solidão, pessimismo, hostilidade, revolta e raiva. Segundo Bookwala e Schulz (2000) e Hooker <i>et al.</i> (2000) são os indivíduos do sexo feminino que apresentam níveis de depressão mais elevados.
Sobrecarga socioeconómica	George e Gwyther (1986) referem que a falta de tempo para cuidar de si próprio contribui para a sobrecarga socioeconómica, assim como sentir-se cansado física e psicologicamente e sentir-se culpado. Paúl (1997) destaca os sentimentos de perda no que concerne à intimidade e à afetividade, de frustração, dificuldades

	económico-financeiras e conflitos familiares, decorrentes da partilha de responsabilidades e da falta de atenção por outros familiares, como o cônjuge ou os filhos.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 1–Estudos sobre a Sobrecarga do Cuidador Informal

Fonte:Elaboração própria

Assumir o papel de cuidador informal não é uma decisão que se tome de ânimo leve, até porque esta tem um significativo impacto na vida da pessoa que cuida: a nível físico; psicológico; social; profissional; e familiar. Por isso mesmo, dadas as funções desempenhadas pelo cuidador informal, este pode desenvolver *stress*, ansiedade, sofrimento e a necessidade de mudanças, as quais requerem a adaptação de papéis, estrutura, padrões de comunicação, reações afetivas, estilos de vida, privacidade e rendimentos (Moreira, 2001).

Por outro lado, a grande tensão a que o cuidador informal é submetido, devido ao número de tarefas a realizar e ao risco de exaustão, pode contribuir para que este se sinta triste e preso pelo desejo de intimidade, como também se pode distanciar emocionalmente da pessoa cuidada (Roland, 1995 citado por Moreira, 2001).

Vários estudos realizados junto de cuidadores informais de idosos destacam, precisamente, o que acima se expõe.

Por exemplo, em termos de dificuldades, Ramos (2012) verificou que a vida dos cuidadores informais do familiar idoso sofreu uma grande mudança, com impacto a nível social, familiar, profissional e da saúde. Neste estudo, a maior parte dos participantes refere a sobrecarga psicológica, física e financeira e o facto de ter menos tempo para as atividades de lazer, as AVD e as atividades familiares. Sobre as necessidades, o mesmo estudo destaca a necessidade de apoio da segurança social, nomeadamente a nível financeiro, já que os cuidadores informais não são remunerados e muitos, abandonam o seu trabalho para cuidar do seu familiar idoso, deixando de ter um rendimento e muitas vezes, tendo ainda mais custos financeiros.

Noutro estudo, realizado por Ricarte (2009), ficou visível que a maior parte dos cuidadores são do sexo feminino, com idades entre os 40 e os 59 anos, apresentam baixa escolaridade e prestam cuidados entre 18 a 24 horas por dia e há mais de três anos, apresentando altos níveis de sobrecarga, nomeadamente, ao nível das atividades básicas da vida diária (ABVD) e das atividades independentes da vida diária (AIVD) dos idosos.

Nesta ordem de ideias, as principais dificuldades do cuidador informal são as

"questões técnicas, as dúvidas de como fazer, ou se está a fazer bem ou a adotar a estratégia mais adequada. Por outro lado, há toda uma gestão de emoções que nem sempre é fácil, lidar com o comportamento do idoso, situações de desorientação e agressividade ou por outro lado conviver com o sofrimento do mesmo. Por vezes a própria família coloca dificuldades sendo os seus relacionamentos também um entrave ao cuidador. Outra das grandes necessidades é o excesso de trabalho e a falta de tempo para atividades voltadas para o próprio cuidador, a falta de tempo para si, para se distrair ou até para poder descansar" (Araújo, 2015: 32).

De acordo com a portaria nº 2/2020 é aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro que consagra os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada e prevê que a regulamentação dos termos e manutenção do reconhecimento do estatuto do cuidador informal seja efetuada pelo membro do Governo responsável pela área da solidariedade e segurança social.

1.3. A Importância de Cuidados de Enfermagem para o Cuidador Informal

Sendo que o cuidador informal é alguém que presta cuidados, mas que não tem uma formação específica e por isso mesmo, os cuidados por ele prestados não são profissionais, entende-se que os cuidados de enfermagem não só são importantes para a pessoa que carece de cuidado como para a pessoa que cuida. Assim sendo, "o papel do enfermeiro torna-se essencial à pessoa dependente e ao cuidador que vivenciam um processo de transição, permitindo-lhes a segurança e confiança necessária para ultrapassar a crise" (Ferreira, 2013: 36).

A intervenção em enfermagem direcionada para os cuidadores informais é essencial e, concomitantemente, é extremamente necessária. Ela pode orientar o cuidador informal ao nível da transição, já que o cuidar implica inúmeras mudanças na vida do cuidador, como também pode transmitir conhecimentos essenciais ao ato de cuidar e os quais os cuidadores informais não possuem (Lopes, 2006).

Assim sendo, a intervenção do profissional de enfermagem é essencial e pode constituir-se num apoio fundamental ao cuidador informal. Não só pode ajudar o cuidador informal ao nível da sobrecarga emocional, psicológica e social, apresentando-lhe estratégias, como lhe pode transmitir conhecimentos cruciais para uma prestação de cuidados com maior qualidade e adequada às necessidades da pessoa cuidada.

A educação para a saúde, consiste num processo baseado em regras científicas, que emprega ou aproveita oportunidades educacionais de forma programada para capacitar os indivíduos a tomar decisões essenciais à sua saúde.

A promoção da saúde compreende o processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio ambiente (Carta de Ottawa, 1986).

A promoção da saúde refere-se então a um conjunto de estratégias que envolvem ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de competências pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais, implicando uma responsabilização conjunta (Carta de Ottawa, 1986).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Stanhope e Lancaster (2011) definem parceiro ou relação de parceria como uma relação entre indivíduos, grupos ou organizações em que ambos trabalham para um objetivo comum. Pode ser visto como sinónimo de aliança, em que as partes estão focadas, em conjunto, e envolvidas em todas as fases do processo, como a implementação de um programa específico. As parcerias geralmente envolvem partilha de poder. Esta partilha de poder pode ser entendida se se compreender o conceito de empowerment.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) refere-se a “empowerment in health” como um processo que permite às pessoas adquirirem maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde. O acesso à educação e à informação é fundamental para atingir a participação efetiva e o empowerment das pessoas e das comunidades.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública esclarece as áreas de competências do enfermeiro. Este, com base na metodologia do planeamento em saúde, avalia o estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2011). Dessa forma, o enfermeiro ao fazer uso de estratégias como formar e educar conduz ao “empowerment” dos indivíduos, grupos e comunidades, capacitando-os para uma análise crítica dos fatores determinantes da saúde, assim como escolhas fundamentadas para obtenção de comportamentos saudáveis.

No caso concreto dos cuidadores informais e tendo em conta a realidade do contexto português, em que se verifica um défice de formação adequado às exigências das suas funções e podendo ter repercussões na qualidade dos cuidados prestados aos idosos, abre-se um campo de intervenção ao enfermeiro, nomeadamente ao especialista de enfermagem comunitária, que detém um maior conhecimento das necessidades da população, para capacitar este tipo de cuidadores no sentido de uma melhoria de prestação de cuidados.

A intervenção do enfermeiro especialista deve ter em conta, antes de mais, que este grupo de cuidadores adquire competências através da acumulação de experiências em contexto de trabalho e que os seus interesses de aprendizagem são direcionados para a obtenção de

conhecimentos que possam auxiliar e aplicar de imediato na prática, por forma a diminuir a sua sobrecarga.

Para Conceição (2012) embora a formação experiencial seja um bom condutor para a obtenção de competências, ela só por si não será suficiente sem existir por base uma reflexão teórica.

A formação contínua contribui para um aperfeiçoamento da formação inicial, facilitando a tomada de consciência dos obstáculos e decisões na vida profissional. Deste modo a formação deve ser orientada então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, sendo importante ressaltar que a formação não é estanque, carecendo de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição 2012).

Esta atualização de conhecimentos ao longo da vida tem como efeito a capacitação do cuidador para um bom desempenho na prestação de cuidados.

1.4. Planeamento em Saúde

O planeamento em saúde é entendido como um processo contínuo e dinâmico (Tavares, 1990), que objetiva a obtenção de ganhos em saúde, por via da definição de estratégias de atuação. Portanto, que visa alcançar “um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1990: 97). Por isso é que autores como Imperatori e Giraldes (1993: 23) definem o planeamento em saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários fatores socioeconómicos”.

É através do planeamento em saúde que se torna possível analisar e optar por aquela que parece ser a melhor via para se alcançarem os objetivos traçados e os resultados pretendidos. Acerca deste assunto, Imperatori e Giraldes (1993) apontam quatro motivos que justificam a realização do planeamento em saúde:

- Fazer uma gestão correta dos recursos tendo em conta a sua escassez;
- Estabelecer prioridades definindo o grau de urgência dos problemas que necessitam de resolução;

- Ter em conta o que já foi realizado, e o que está planeado por outros sectores de intervenção na problemática, as intervenções isoladas devem ser evitadas pois aumentam os custos;
- Fazer uma correta gestão dos equipamentos e das infraestruturas, de forma a rentabilizar.

No âmbito da enfermagem comunitária, o planeamento em saúde surge como uma metodologia e um instrumento de trabalho do profissional de enfermagem especialista em enfermagem comunitária, na medida em que uma das suas competências específicas passa, precisamente, pela avaliação e pelo diagnóstico do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018).

O planeamento em saúde deve ter por base as necessidades da comunidade e da instituição e deve envolver todos os intervenientes e todos os setores ou áreas da instituição. Este, tal como Stanhope e Lancaster (1999) explicam, desenvolve-se ao longo de várias etapas, iniciando-se com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objetivos, e identificar atividades de intervenção que permitirão atingir os objetivos”.

No entender de Imperatori e Geraldles (1993), o planeamento em saúde contempla seis etapas e estas devem ser seguidas:

- Diagnóstico de situação: este diagnóstico deve ter em conta as necessidades da população e justifica as atividades a realizar e, concomitantemente, serve também de padrão de comparação aquando da avaliação destas mesmas atividades;
- Definição de prioridades: etapa que contempla duas dimensões – tempo e recursos – e na qual se define o problema junto do qual se irá intervir e se hierarquizam as necessidades de saúde identificadas na primeira etapa (diagnóstico de situação);
- Fixação de objetivos: etapa onde se definem os objetivos a alcançar em função dos problemas diagnosticados e que são prioritários, assim como se definem os indicadores de saúde. Esta etapa é particularmente importante, pois, segundo referidos autores, só perante a correta e quantificada fixação dos objetivos, é que se poderá proceder a uma avaliação dos resultados;
- Seleção de estratégias: através desta fase elege-se o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde, visando uma utilização eficaz dos recursos disponíveis. Portanto, ele-se a melhor estratégia para solucionar o problema detetado, entendendo por estratégia o conjunto coerente e organizado de técnicas específicas, visando atingir um objetivo, e reduzindo um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Geraldles, 1993);

- **Preparação da Execução:** é a etapa em que se coloca em prática tudo o que foi planeado até ao momento, descrevendo-se detalhadamente as atividades a realizar no âmbito do projeto;
- **Avaliação:** balanço do trabalho realizado, permitindo intervir no sentido de melhorar o projeto.

Com uma perspetiva semelhante, Tavares (1990) também menciona seis etapas do planeamento, sendo elas: o diagnóstico de situação; a determinação de prioridades; a fixação de objetivos; a seleção de estratégias; a preparação operacional; e a avaliação e monitorização.

Tendo em conta o âmbito do trabalho realizado e para quem o mesmo é destinado, importa referir que o ambiente em que os idosos estão envolvidos, particularmente a família e os amigos, exercem forte influência na sua vida, e muitas vezes é um familiar que desempenha o papel de cuidador (Hooyman & Kiyak, 2011). Além do mais da sobrecarga do cuidador informal, não se pode esquecer que muitas vezes o cuidador informal é também o cuidador de outras pessoas dependentes, como os filhos, por exemplo, e tudo isto contribui para uma sobrecarga maior do cuidador informal (Vilela *et al.*, 2006).

O diagnóstico de situação tem como principal objetivo, “traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde” (DGS, 2017). Neste sentido, o diagnóstico de situação em saúde que se faz do concelho de Avis, permite concluir que:

- Se trata de um concelho rural de grande dimensão e com população idosa, dispersa e isolada. Em 2019, o Alentejo era o território português com maior índice de envelhecimento (204,6%) e aumentou bastante em comparação com o ano de 2001 e das regiões alentejanas, o Alto Alentejo, onde pertence Avis, é o que apresenta maior índice de envelhecimento (239,6%) e Avis, concretamente, apresenta um índice de 312,8% (Pordata, 2020) ;
- A população do concelho apresenta índices de dependência acentuados, em 2011 a taxa de dependência dos idosos era de 42,5% e o índice de envelhecimento era de 211% (INE, 2011);
- Existe um grande número de cuidadores informais idosos e familiares do utente dependente.

1.5. Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender

Para apoiar a intervenção a realizar, elegeu-se o modelo teórico de promoção da saúde da autoria de Nola Pender, uma vez que este modelo permite implementar e avaliar ações que promovem a saúde e identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial (Silva & Santos, 2010). De acordo com McCullagh (2009: 78), “os conceitos adicionais do modelo incluem as exigências e preferências competitivas imediatas, compromisso com um plano de ação e comportamento promotor de saúde”.

Este modelo prevê uma intervenção participativa da população e o seu objetivo é ajudar o profissional de enfermagem a compreender os principais determinantes nos comportamentos de saúde, sendo um ponto de partida para um aconselhamento comportamental, promovendo estilos de vida saudáveis (Pender, 2011). O que Pender faz é abordar a saúde através de uma perspectiva positiva, abrangente e unificadora e que concebe a pessoa como um todo e por isso mesmo, tem em conta o estilo de vida, as forças, as resiliências, os potenciais e as capacidades (McCullagh, 2009).

Transpondo este modelo para a intervenção realizada, é necessário ter em conta que o cuidador informal é aquele que cuida da pessoa dependente no domicílio e por norma, este cuidador é um familiar ou um amigo (Sequeira, 2010; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Através deste modelo, é possível promover a saúde do cuidador informal, o qual desempenha um papel bastante complexo, prestando cuidados ao idoso dependente a três níveis distintos: apoio na informação e orientação de técnicas para melhorar o cuidado; apoio emocional, com o intuito de partilha e afeto trabalhando para a construção e manutenção da autoestima; Apoio instrumental que se refere ao tipo de cuidados que se prestam ao idoso dependente (Sequeira, 2010).

Portanto, este modelo de promoção da saúde é um instrumento útil, adequado, válido, pertinente e credível em diferentes aspetos: desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de saúde, mudança de comportamentos e programas assentes em estratégias e terapêuticas (McCullagh, 2009).

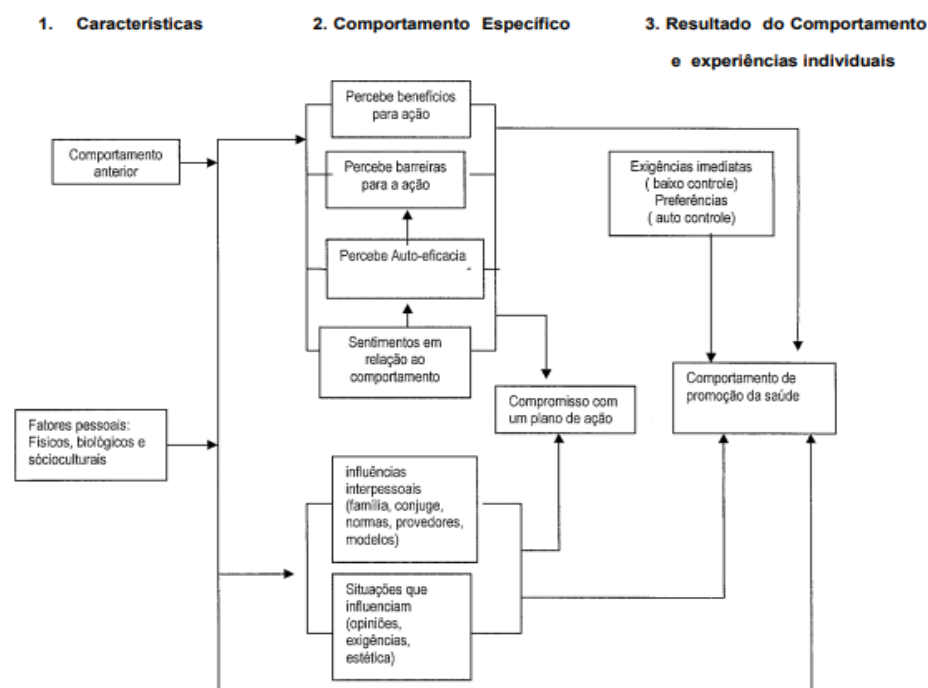


Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Fonte: Pender, Murdaugh & Parsons Health promotion in nursing practice, 2002.

Pender (2011) defende assim, que a promoção de saúde tem uma influência multifatorial, especificamente pelas características e experiências pessoais, o afeto relacionado com o comportamento, as influências interpessoais e situacionais, o compromisso com um plano de ação e as exigências de competição.

“O modelo de Nola Pender é uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procura saúde pelo que assenta em sete pressupostos que espelham a perspetiva da ciência comportamento e enfatizam o papel ativo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental” (Tomey et al, 2004:706).

Os sete pressupostos de acordo com Nola Pender, 2011 são:

1. “Os indivíduos buscam a criação de condições de vida que lhes possibilite expressar o seu potencial de saúde;
2. Os indivíduos detêm capacidade de auto-reflexão e consciência que lhes permite auto-avaliar-se;
3. Os indivíduos valorizam o crescimento, procuram soluções entendidas como positivas e em que existe um equilíbrio aceitável entre a mudança e a estabilidade;
4. Os indivíduos procuram desempenhar um papel ativo na regulação do seu comportamento;
5. Os indivíduos na sua complexidade biopsicossocial em interação como o meio ambiente, modificam-se e são simultaneamente modificados por ele;
6. Uma parte do ambiente interpessoal que influencia o indivíduo durante toda a sua vida, inclui os profissionais de saúde;
7. O reajuste dos padrões de interação pessoa-ambiente cabe ao mesmo e é essencial para que ocorra mudança de comportamento” (Pender, 2011:5).

De acordo com todas estas interações, pretende-se com a dita intervenção comunitária, delinear um plano de ação viável e realista elaborado com o indivíduo, de forma a alcançar o comportamento desejável (Pender, 2011).

Segundo a autora, este modelo pretende descrever a natureza holística das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde. Pode aplicar-se nos distintos contextos ao longo do ciclo vital, direcionando para a ação dos enfermeiros (Pender, 2011).

O desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no sector da promoção da saúde, é determinado pelo processo de capacitação da pessoa com patologia crónica (Guerra, 2012).

Verifica-se a necessidade de capacitar os indivíduos para o autocuidado e para a autogestão, condições fundamentais para que exista uma melhor adaptação á sua nova condição de saúde (Guerra, 2012).

1.6. Modelo Teórico de Virgínia Henderson

Virgínia Henderson é uma defensora de uma enfermagem que visa ajudar o doente mas também pessoas saudáveis a adotarem comportamentos e realizarem atividades que contribuem para a sua recuperação, para a sua saúde ou para uma morte pacífica (Henderson & Nite, 1978).

A autora integra a Escola das Necessidades e por isso, o seu modelo está inserido no paradigma da integração (Matos, 2012) e é direcionado para os cuidados de enfermagem para a pessoa (Kérrouac, 2002). Henderson “valoriza a componente empática dos cuidados de enfermagem, sustentando que para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita de se pôr no lugar do doente, como que se vestisse a sua pele” (Ascensão, 2010: 33).

À luz deste modelo, o enfermeiro deve colocar-se no lugar do doente, visando compreendê-lo melhor e às suas necessidades, sendo este profissional entendido “como um substituto para o que falta ao doente para o tornar ‘completo’, ‘um todo’ ou ‘independente’, pela falta de força física, vontade ou conhecimento” (Henderson, 2004: 4).

O modelo aqui abordado coloca em destaque as necessidades humanas fundamentais (NHF) e para Henderson (2004), ajudar o doente a comunicar com os outros e a expressar as suas necessidades constitui uma NHF. Na verdade, a competência da comunicação, seja comunicação verbal e não verbal, é essencial no exercício da profissão de enfermagem, uma vez que ajuda a lidar com os aspetos emocionais decorrentes da doença e para promover a relação de ajuda (Henderson & Nite, 1978).

O modelo de Virgínia Henderson defende que a enfermagem surge das necessidades humanas fundamentais e acrescenta que

“pode parecer presunçoso sugerir que as enfermeiras ajudam as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação. Se, contudo, se conceber a enfermeira, entre outras coisas, como o “familiar profissional”, isso não é presunçoso”. Ainda segundo a autora, “em muitas instituições de saúde, o médico (e as enfermeiras) começam a estar dependentes da informação acerca do doente, fornecida por equipamento, computadores ou monitores” (Henderson, 2004, p. 57) enfatizando a importância de que quando a enfermeira “actua como intermediária na função de ajudar o doente a comunicar com o médico, que vê durante pouco tempo, está a desenvolver um dos aspectos mais importantes dos cuidados de enfermagem. A qualidade dos registos e dos relatos verbais da enfermeira, é uma prova decisiva da sua competência” (Henderson, 2004: 56-57).

As principais necessidades básicas e nas quais se desenvolvem os cuidados de enfermagem, de acordo com Tomey (2002: 114), são:

- Respirar normalmente;
- Comer e beber de forma adequada;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Movimentar-se e manter a postura correta;
- Dormir e descansar;

- Escolher a roupa - vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura corporal dentro de valores normais mediante a seleção de roupa e modificação de ambiente;
- Manter corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
- Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros;
- Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
- Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um;
- Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
- Jogar ou participar em diversas formas de recreação;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

Este capítulo dedica-se, exclusivamente, à apresentação da população em estudo e por isso, também se tece uma breve apresentação do concelho de Avis, meio envolvente e da instituição onde se realizou a intervenção.

2.1. Apresentação do Concelho

O concelho de Avis está recheado de história, nomeadamente porque desempenhou um importante papel na história do país, assumindo-se como a sede de uma das mais importantes ordens militares e por ter dado nome à mais emblemática dinastia portuguesa (CMA, 2013).

Este concelho pertence ao distrito de Portalegre, província do Alto Alentejo, ocupando aproximadamente uma área de 606 Km² (Visitar Portugal, 2020) e uma densidade populacional de 7,5 habitantes/Km².

Em 2011, residiam no concelho 4571 habitantes, sendo que em 2017 existiam 308.8% de idosos por cada 100 jovens. A taxa de longevidade do concelho é de 58.4% e é acompanhada de um alto índice de dependência de idosos, em 2019, de 48.9%.

O concelho é composto por oito freguesias, sendo elas: Alcôrrego; Aldeia Velha; Avis; Benavila; Ervedal; Figueira e Barros; Maranhão; Valongo.

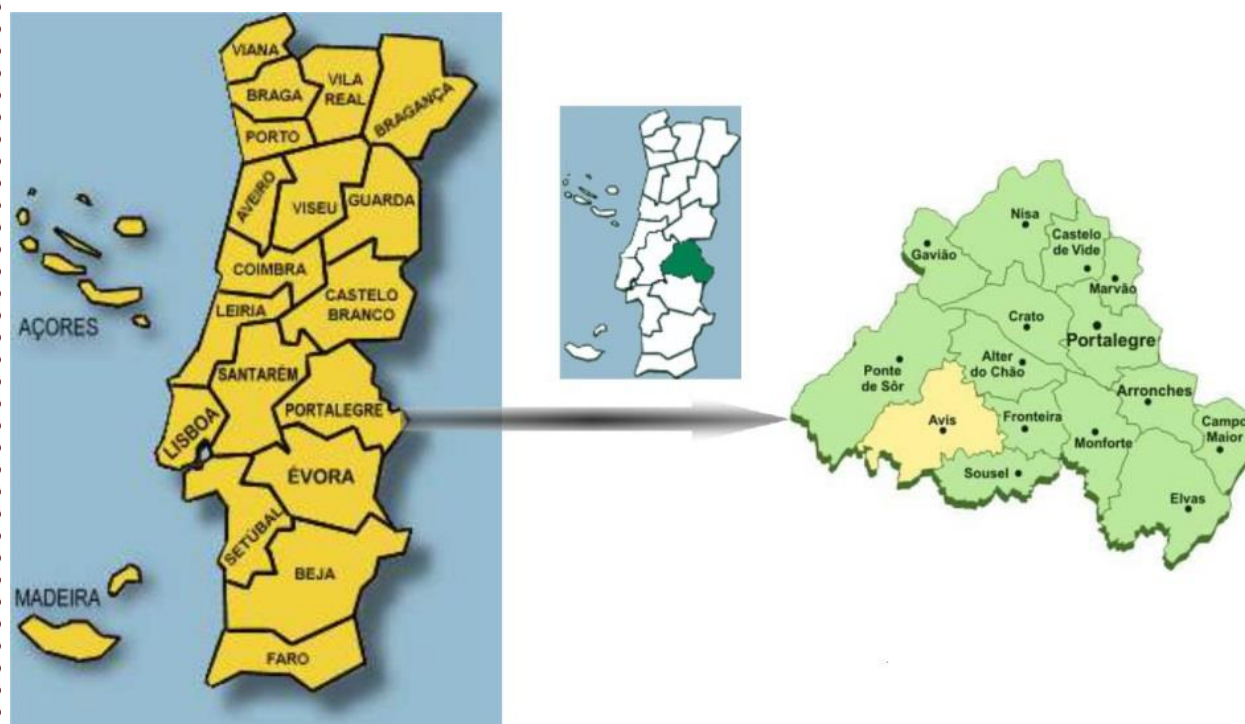


Figura 2 - Concelho de Avis
Fonte: Câmara Municipal de Avis (2018).

Face aos seus limites fronteiriços, Avis faz fronteira com Alter do Chão (nordeste), Fronteira (leste), Sousel (sul), Mora (sul) e Ponte de Sôr (nordeste), tal como se pode verificar na figura que se segue.



Figura 3 – Fronteiras do Concelho de Avis
Fonte: Câmara Municipal de Avis (2018).

Este concelho é constituído por 8 localidades: Alcorrego, Aldeia Velha, Avis, Benavila, Ervedal, Figueira e Barros, Maranhão e Valongo, como se constata na tabela seguinte.

LOCALIDADE	ÁREA/KM ²
ALCÓRREGO	57,73
ALDEIA VELHA	125,96
AVIS	92,09
BENAVILA	66,59
ERVEDAL	38,3
FIGUEIRA E BARROS	70,23
MARANHÃO	71,8
VALONGO	84,84

Tabela 5 - Área de cada uma das localidades do Concelho de Avis
Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Todo o Concelho se insere na bacia hidrográfica da Ribeira de Seda, linha de água de carácter permanente e de extrema importância no Concelho (DSA:2018).

A imagem do Concelho de Avis é caracterizada por possuir ocupações agrícolas e florestais próprias da região alentejana: culturas arvenses de sequeiro sob montado de sobro ou azinho, extensos olivais, algumas áreas de regadio e ainda, zonas recentes de culturas florestais intensivas, compostas por eucaliptos, entre outras espécies (DSA:2018).

Avis apresenta explorações de média e grande dimensão, predominando o sobro, com cortiça de excelente qualidade na zona da charneca. Na zona de calcários, predomina a oliveira e a produção animal que é baseada em sistemas de pecuária extensiva com aproveitamento das pastagens existentes. Na zona da planície central, cultiva-se o cereal alternando com pousios que oferecem pastagem natural a grandes e pequenos ruminantes (DSA:2018)

Em torno de Avis a região é relativamente rica em determinados recursos como a água de profundidade” existe uma quantidade considerável de poços e engenhos nas áreas rurais, nomeadamente próximo das populações, onde se localizam as hortas e pomares que garantem a produção de legumes e frutas para consumo local (DSA:2018).

Situada no alto de uma elevação e em terrenos xistosos, a vila de Avis, à semelhança de outros aglomerados, possui um tipo de povoamento concentrado, característico em toda a região do Alentejo. Nas imediações do aglomerado existem hortas integradas em montes/herdades, algumas delas, de dimensões significativas. A presença destes montes marca igualmente esta paisagem. A elas surgem associadas pequenas hortas e um conjunto de culturas não hortícolas muito diversificadas (DSA:2018).

Território de ampla riqueza natural, o Concelho de Avis reúne um conjunto de fatores diversificados, com a existência de algumas áreas dotadas de solos férteis, a abundância de recursos hídricos e o elevado potencial cinegético e piscícola que constituíram, desde os tempos mais recuados, atrativos para a fixação humana (DSA:2018).

Um pouco por todo o Concelho é possível encontrar memórias ancestrais de gentes diversas que, ao longo dos tempos, modelaram e transformaram a paisagem, deixando inúmeros vestígios da sua presença. Os vestígios mais antigos encontrados no Concelho são atribuídos ao Paleolítico, durante a Idade do Ferro, Período Romano e Período Islâmico. Contudo, foi durante o Período Medieval que Avis se projetou, associada à Ordem de S. Bento. É na vila que se encontram os registos mais relevantes deste Período: a Fortificação; o Mosteiro; a Judiaria; a Mouraria e a Estrutura Urbana” (DSA:2018).

2.2. Caracterização Demográfica

A demografia surge como uma resposta científica a um conjunto de questões ligadas aos movimentos da população humana. A análise demográfica, que apresentamos, procura

caracterizar a população residente no concelho, enfatizando a sua estrutura etária e distribuição espacial, assim como detalhar as tendências de evolução dos grupos abrangidos por respostas sociais. Um dos principais indicadores que nos ajudam a ter uma caracterização geral da demografia de uma região é a evolução da respetiva população ao longo de um determinado espaço de tempo (DSA:2018).

Seguindo a tendência do interior do País, e como se pode concluir pelo Gráfico n.º 3, o Concelho de Avis também tem vindo a perder população. De facto, como se pode verificar, a maior descida em termos populacionais verificou-se na década censitária de **1960-1970**, havendo uma quebra de 2687 habitantes. Neste período, o Concelho de Avis perdeu cerca **29%** da sua população. Este período histórico foi marcante, a nível nacional, pois, “Cronologicamente, o início do envelhecimento demográfico em Portugal parece ter coincido com a vaga emigratória que começou a formar-se nos anos 50 e que tinha como destino alguns países europeus mergulhados na prosperidade das *trente glorieuses*. Essa vaga atingiu o seu pico em meados da década de 1960, prolongou-se até ao final da década de 1970” (Bandeira, 2012, 9).

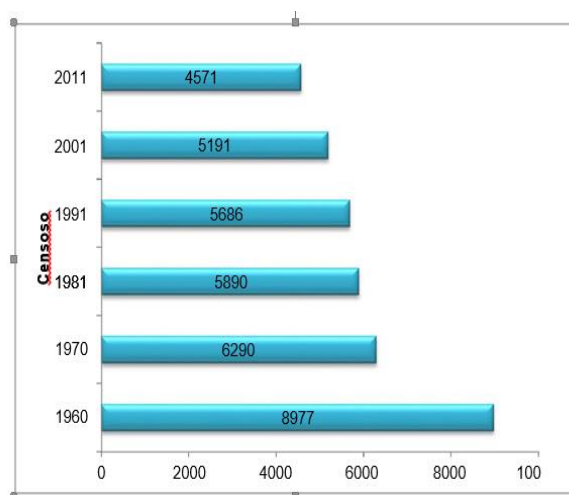


Gráfico 3 – Evolução da população residente 1960-2011

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

O concelho de Avis registava, em 2011, um total de população residente de 4571 indivíduos, que se traduz numa densidade populacional de 7,5 hab/km². Este valor representa uma quebra do seu crescimento demográfico, face ao momento censitário de 2001, de -12,05%, data em que se registava um total de 5197 indivíduos a residir no concelho. O mesmo se verifica com a densidade populacional que também tem vindo a decrescer nos últimos anos, como podemos verificar através da observação do Gráfico 4.

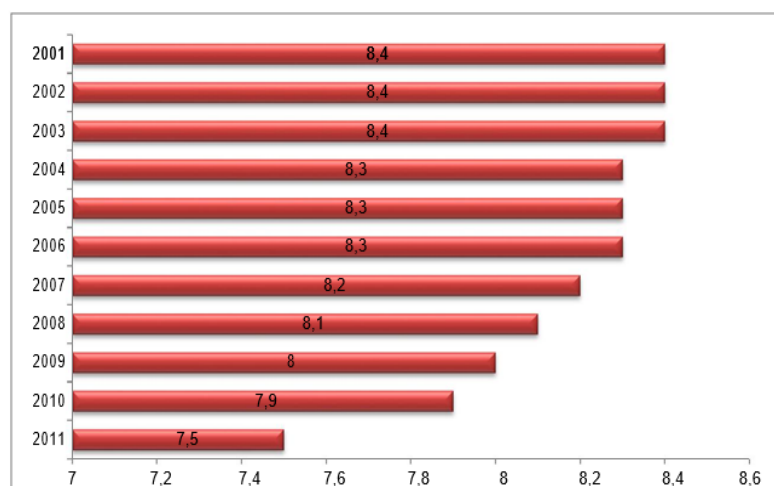


Gráfico 4 – Densidade Populacional (2001-2011)
Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Em relação às localidades, aquelas que registavam em 2011 o maior número de população residente são:

- Avis (1840 habitantes);
- Benavila (861 habitantes).

No extremo oposto estão as localidades que registavam o menor número de população residente:

- Maranhão (63 habitantes);
- Valongo (257 habitantes).

Na Tabela 6, verificamos a evolução da população residente, por localidade e a variação percentual da mesma.

LOCALIDADE	Nº DE RESIDENTES 2001	Nº DE RESIDENTES 2011	VARIAÇÃO (%)
ALCÓRREGO	-	401	- 6.09
ALDEIA VELHA	339	280	- 17.40
AVIS	1950	1840	- 5.64
BENAVILA	1017	861	- 15.34
ERVEDAL	689	560	- 18.72
FIGUEIRA E BARROS	356	309	- 13.20
MARANHÃO	98	63	- 35.71
VALONGO	321	257	-19.94
TOTAL	5197	4571	-12.05

Tabela 6 - Evolução da população residente por Localidade
Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

A população residente tem vindo a diminuir, essencialmente nos grupos etários mais jovens. A partir dos 75 ou mais anos, como podemos observar no Gráfico 5 é onde existe um maior número de residentes.

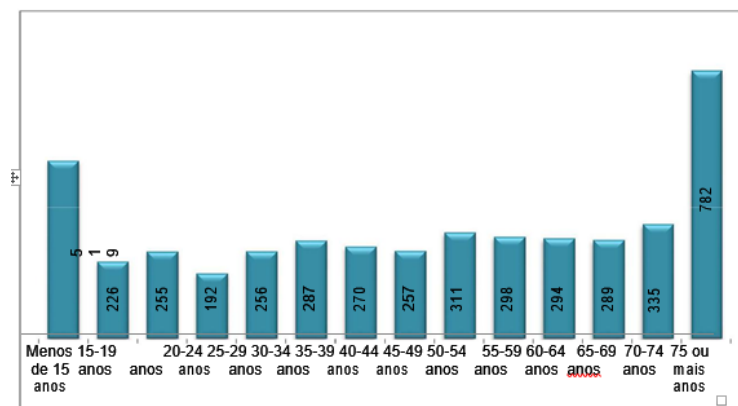


Gráfico 5 - População residente, por grupo etário

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Importa ainda referir que alguns indicadores refletem tendências de envelhecimento da população: índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de longevidade. Analisando cada um deles, comprovamos que: o quociente entre o número de pessoas com 65 e mais anos e o número de pessoas até 14 anos está a crescer consideravelmente, fixando-se em 2011 em 270,7, ou seja, o número de idosos quase que triplica o número de jovens. O índice de envelhecimento, por localidade, conforme podemos observar no Gráfico 6 é bastante acentuado, em especial em Valongo e em 2011(DSA:2018).

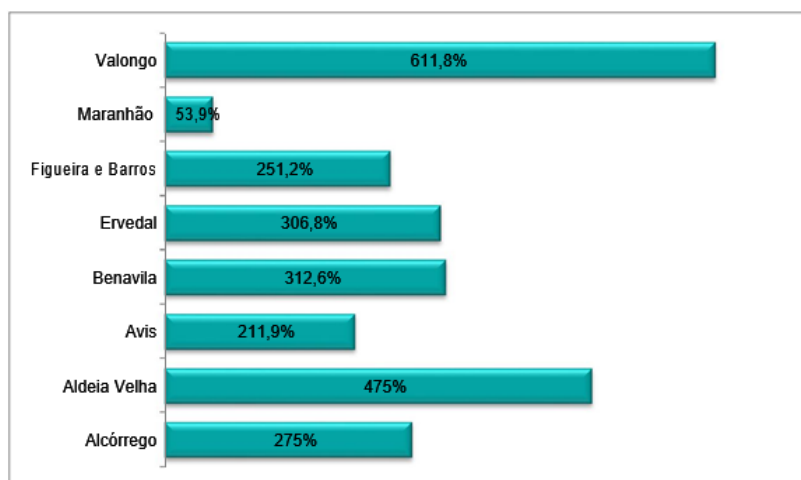


Gráfico 6 - Índice de Envelhecimento - 2011

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

<i>Ano</i>	<i>2001</i>	<i>2011</i>	<i>2017</i>
<i>Índice de Envelhecimento</i>	231,8%	270,7%	308,8%

Tabela 7 - Índice de Envelhecimento

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

O Índice de Envelhecimento, Tabela 7, que relaciona a população idosa com a população jovem indica, com clareza, o significativo envelhecimento da população do Concelho de Avis, sendo em 2017 de 308,8% de idosos por cada 100 jovens. Neste sentido, torna-se prioritário potenciar os resultados da nossa intervenção neste grupo etário e a todos os problemas inerentes a esta tendência demográfica local mas que se verifica também a nível mundial(DSA:2018).

Quando tratamos os dados da população idosa verificamos que a população com 75 ou mais anos tem vindo a ganhar peso no âmbito da população idosa do Concelho.

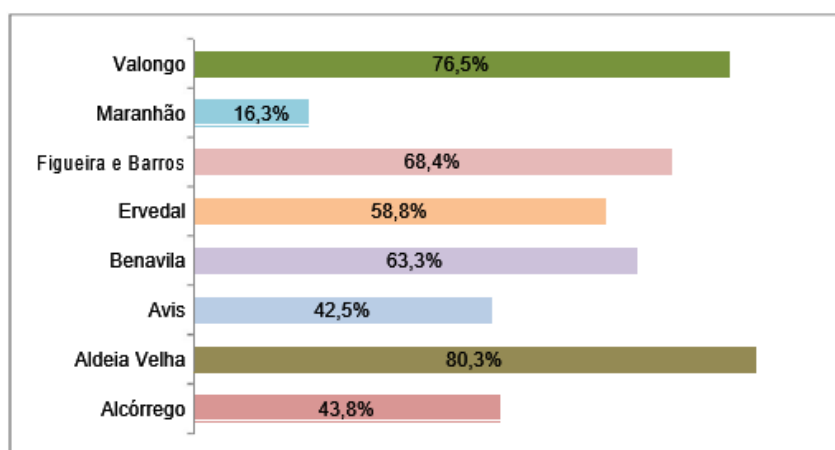


Gráfico 7 - Índice de Dependência de Idosos, 2011, por localidade

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

De acordo com o Gráfico 7 verificamos que as freguesias menos numerosas (cf. Tabela 8), mas com mais de 200 habitantes, são aquelas que possuem índices de dependências de idosos mais acentuados: Valongo (76,5%), Aldeia Velha (80,3%) e Figueira e Barros (68,4%)(DSA:2018).

<i>Ano</i>	<i>2001</i>	<i>2011</i>	<i>2017</i>
<i>Índice de dependência de idosos</i>	48,8%	53,1%	48,9%

Tabela 8 - Índice de Dependência de Idosos

Fonte:Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Analisando o Índice de Dependência de Idosos, em 2017, importa salientar que se verificou uma diminuição comparativamente a 2011.

Relativamente ao índice de longevidade, conforme Gráfico 8, por localidade voltamos a verificar que Valongo apresenta o maior índice de longevidade.

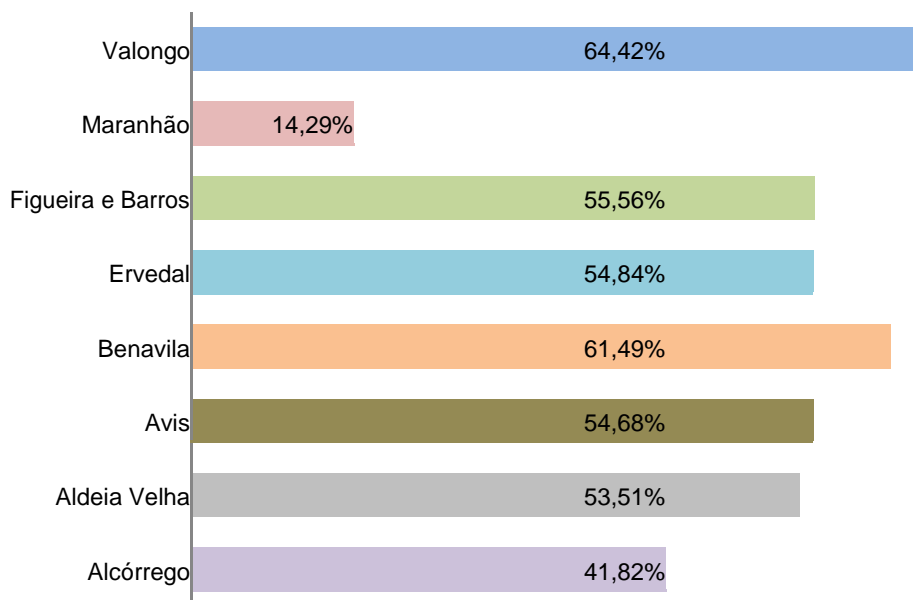


Gráfico 8 - Índice de Longevidade, 2011, por Localidade
Fonte Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

O Quadro 2 mostra-nos Avis com um elevado índice de longevidade superior, até ao do Alto Alentejo.

Ano	2001	2011	2017
Portugal	41,4%	47,9%	—
Alto Alentejo	44,8%	55,7%	57,4%
Avis	43,6%	55,6%	58,4%

Quadro 2 - Índice de Longevidade
Fonte Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

O índice de longevidade relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. No concelho de Avis, o índice de longevidade aumentou, passando de 43,6% em 2001 para 55,6% em 2011 e para 58,4% em 2017. Comparativamente com o país, o índice de longevidade da população no concelho de Avis é superior ao verificado em termos nacionais,

o qual para 2011 é de 47,9. Comparando Avis ao Alto Alentejo, verificamos que o índice de longevidade é muito semelhante (DSA:2018).

A análise dos indicadores estatísticos dos nascimentos e dos óbitos é uma fonte de informação importante que nos permite retirar algumas conclusões acerca da evolução natural da população de uma determinada região (DSA:2018).

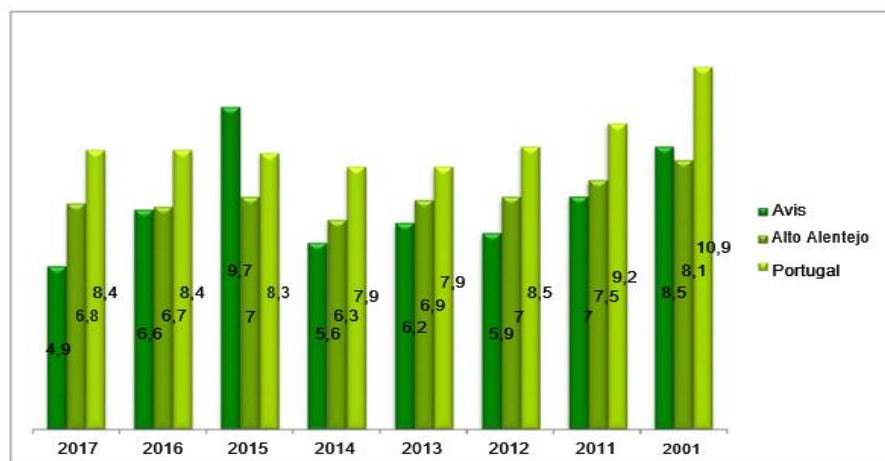


Gráfico 9 - Taxa bruta de natalidade (‰)

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Relativamente à Taxa de Natalidade é possível verificar que o Concelho de Avis, conforme Gráfico 9, regista valores inferiores aos verificados a nível do Alto Alentejo e à realidade nacional, e que tem vindo diminuir ao longo dos anos. No entanto verificou-se um grande aumento em 2015, tendo mesmo ultrapassado os valores a nível do Alto Alentejo e a nível Nacional. Esta realidade poderá estar relacionada com fatores de ordem diversa, podendo ser avançadas algumas hipóteses para esta alteração verificada, nomeadamente: o início da recuperação económica face à grave crise e as diversas repercussões que teve na vida dos indivíduos, por exemplo: maior disponibilidade de rendimento que fez aumentar o consumo das famílias, a alteração do número médio de pessoas ao serviço nas empresas que, no concelho de Avis, em 2014 cresce 0,6 face ao ano anterior, passando de 2,2 em 2013 para 2,8 em 2014 e que, no contexto da sub-região, apresenta um dos valores mais elevados. A conjuntura económica pode ter afetado a decisão de ter filhos por parte da população local. Algumas medidas locais de apoio à fixação de casais jovens também poderão ter influenciado estas decisões, nomeadamente ao nível das políticas de habitação com a disponibilização de terrenos para autoconstrução (DSA:2018).

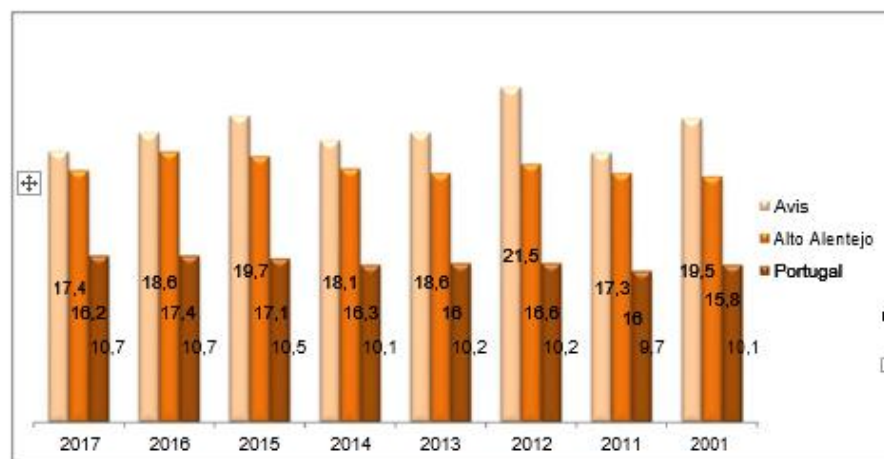


Gráfico 10 - Taxa bruta de mortalidade (‰)

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Relativamente à Taxa de Mortalidade, apresentada no Gráfico 10, constata-se que esta apresenta valores superiores aos verificados a nível do Alto Alentejo e ao nível nacional. Esta tem vindo a sofrer algumas variações nos últimos anos, alternando entre períodos de crescimento e de diminuição, sendo que em 2012 atingiu um pico que duplicou o valor verificado a nível nacional. No entanto, não podemos desligar a análise deste gráfico da análise do gráfico 4, ou seja, da estrutura populacional. Como podemos constatar, o grupo etário constituído por indivíduos com 75 ou mais anos de idade é bastante elevado em 2011, o concelho de Avis, tinha 782 pessoas nesta categoria e, de forma natural, o aumento do número de óbitos decorre do próprio envelhecimento da população. Sabemos que este grupo populacional está mais afetado por fenómenos climatéricos extremos e tem mais dificuldade em fazer face aos mesmos. Contudo esta afirmação, no caso concreto, carece de dados mais específicos, sendo, no entanto, um fenómeno apontado pelos especialistas para o caso de países como o nosso(DSA:2018).

2.3 Caraterização Económica

A dinâmica económica de uma dada sociedade é, simultaneamente, consequência e fator impulsionador das próprias tendências demográficas, pelo que o seu estudo se torna, de facto, indispensável (DSA:2018).

Caracterizar as atividades económicas permite uma análise do Concelho numa dimensão fundamental, nomeadamente, ao nível da futura delimitação de políticas sociais locais. Deste modo, pretendemos realizar uma análise sucinta dos principais indicadores e também dos setores de atividade do concelho e a sua dinâmica (DSA:2018).

Ano			
Sexo	1960	2001	2011
Total	3778	2153	1842
Masculino	3378	1232	977
Feminino	400	921	865

Quadro 3 - População ativa

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

A população ativa no concelho tem vindo a diminuir, conforme dados da Quadro 3, consequência da diminuição da população residente e também do aumento da população com mais de 65 anos. A população ativa masculina é superior à população ativa feminina, no entanto, verifica-se que ao longo dos anos tem vindo a aproximar-se. De acordo com dados expressos no Plano Intermunicipal para a Igualdade do Alto Alentejo Oeste (2018), a taxa de emprego, em 2016, era de 33% no sexo feminino e 43,8% no sexo masculino, não sendo o concelho de Avis um dos que apresentam maior disparidade na taxa de emprego entre sexos (DSA:2018).

As políticas para a promoção do acesso igualitário ao mercado de trabalho têm vindo a ser desenvolvidas na generalidade dos países da União Europeia. No entanto, os progressos realizados no domínio do trabalho foram bastante reduzidos nos últimos 10 anos. Tal como explicitado no Gender Equality Index (2017) a participação das mulheres no emprego continua a ser muito inferior à participação dos homens e os mercados de trabalho em todos os Estados-Membros revelam uma segregação persistente e significativa em termos de género. Isso perpetua as desigualdades de género e tem o efeito de limitar as escolhas de vida de mulheres e homens na Europa. Tal como mencionado por Cantante (2018) “O mercado de trabalho ocupa uma posição de charneira na forma como as sociedades funcionam” (Cantante, 2018, p. 1), sendo que este pode reproduzir, ampliar ou mitigar as desigualdades (DSA:2018).

Ano			
Sexo	1960	2001	2011
Total	3703	1975	1546
Masculino	3303	1174	848
Feminino	400	801	698

Quadro 4 - População empregada

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

A nível da população empregada pode observar-se, Quadro 4, que é mais baixa para o sexo feminino, mas tal como na população ativa, também aqui se verifica que ao longo dos anos tem vindo a aproximar-se o número de mulheres ao de homens empregados (DSA:2018).

A existência de um número mais elevado de ativos e empregados por parte da população masculina pode explicar-se por vários fatores, nomeadamente, a maior precariedade de emprego feminino e a maior incidência de emprego a tempo parcial para as mulheres. Além disso, devemos ter presente as palavras de Joana Sousa (2015) “o desemprego referente à força de trabalho feminina e o aumento exponencial nos índices de pobreza configura-se, no presente âmbito, como os maiores flagelos sociais para as mulheres, (...) elas estão inseridas numa arquitetura macroeconómica de base assimétrica em termos de género” (Sousa, 2015, p. 232). De destacar que a entrada das mulheres no mercado de trabalho levou a um maior desenvolvimento económico, uma vez que surgiram novas necessidades a que o mercado teve que dar resposta, nomeadamente, o aumento do número de creches, infantários, lares de idosos, entre outros. Assim, verificou-se o aumento de respostas para os grupos da população mais dependente, como é o caso das crianças e dos idosos (DSA:2018).

	Masculino		Feminino	
	2011	2016	2011	2016
Portugal	1195,4€	1212,2€	945,9€	981,0€
Alto Alentejo	980,7€	1007,7€	773,4€	818,8€
Avis	975,4€	978,0€	769,3€	804,8€

Quadro 5- Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, por sexo
Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Analisando o ganho médio mensal por género, verificamos que as mulheres ganham menos que os homens. Ainda assim, comparando os valores de 2011 com 2016 no concelho de Avis, constatamos que o salário das mulheres teve um aumento de 35€, enquanto o dos homens subiu apenas 2,60€. Em relação à análise da população por setor de atividade importa dizer que em 2011 o **setor secundário é o menos representado** no concelho de Avis (**16%**), seguindo-se o setor primário (**20%**) e o setor terciário (**64%**). Esta realidade está alinhada com a situação do país, em 2016, segundo o INE, 68,6% da população empregada encontrava-se inserida no setor terciário, 24,5%, no setor secundário e 6,9% no setor primário. Assim, o facto do concelho de Avis possuir solos propícios para o desenvolvimento de atividades como a agricultura leva a que uma parte significativa da população empregada esteja no setor primário, conforme podemos observar na Quadro 6.

Setor	Homens	Mulheres	Total
Primário	218	82	300
Secundário	175	75	250
Terciário (Social)	257	365	622
Terciário (Económico)	198	176	374
Total	848	698	1546

Quadro 6 - População empregada por setor de atividade económica (2011)
Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Da análise ao Quadro 6, verificamos que as mulheres são maioritárias no setor terciário social, contrariamente ao que acontece nos demais setores de atividade. Esta realidade encontra-se em consonância com a atual realidade do país. Conforme dados do Relatório sobre o Progresso da Igualdade entre Mulheres e Homens no Trabalho, no Emprego e na Formação Profissional (2017) “continuam a ser notórios padrões de segregação do mercado de trabalho em função do género. Em 2017, de acordo com os dados do Inquérito ao Emprego, as mulheres permaneciam sobre representadas nas “Atividades de saúde humana e apoio social”, representando 82,8% do emprego no setor. As mulheres continuavam, igualmente, sobre representadas nas “Outras atividades de serviços”, onde eram 71,6% da população empregada (-0,5 p.p. que 2016), e nas “Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares”, onde constituíam 59,8% do Emprego” (p. 29, 2017). Situação bastante dispare acontece nos setores da “Construção”, das “Indústrias extrativas”, dos “Transportes e armazenagem”, da “Captação, tratamento e distribuição de água, do “Saneamento, gestão de resíduos e despoluição” e da “Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio”, atividades altamente masculinizadas. (DSA:2018).

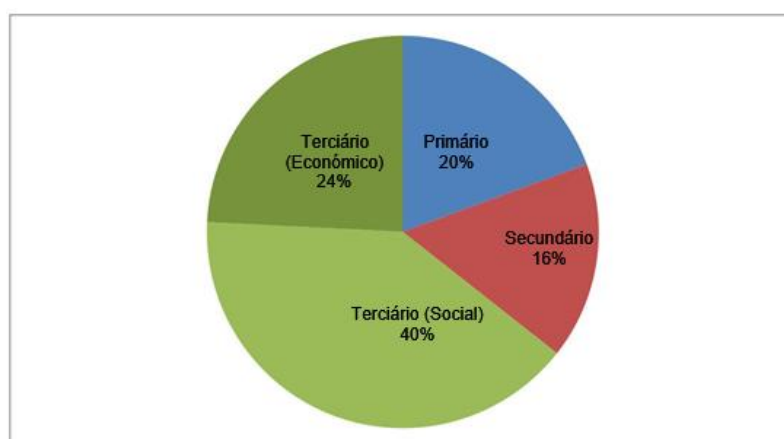


Gráfico 11 - População empregada por setor de atividade
Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Através do Gráfico 11 visualizamos a população empregada por setor de atividade. O **setor primário** detém **20%** da população ativa. Neste setor existem várias atividades que empregam um número significativo de pessoas, ainda que em postos de trabalho temporários, uma vez que se tratam de atividades sazonais. Contudo, algumas profissões, ainda que sazonais ocupam os indivíduos de forma permanente. A exploração do montado permite a extração de cortiça, assim como o pastoreio associado à criação de gado. Existem outras explorações agrícolas que promovem o emprego neste setor, como a produção de azeitona e azeite, uvas, vinho e mel. A divulgação destes produtos diferenciadores e de qualidade permite a dinamização de negócios que poderão ser um importante meio para a criação de novos postos de trabalho no concelho (DSA:2018).

O **setor secundário** regista **16%** da população ativa. De 2001 para 2011 se verificou uma quebra muito acentuada, passou de 571 (2001) para 250 (2011). Esta quebra pode ter-se verificado devido á crise económica que levou à redução na construção e ao encerramento/deslocalização de indústrias. A principal empresa empregadora do concelho é a “Dardico” (produtos agroalimentares congelados), seguindo-se os lagares e as adegas (DSA:2018).

O **setor terciário** é o que concentra o maior número de população ativa no Concelho (**64%**), sendo este repartido por terciário económico (**24%**) e terciário social (**40%**).

O Gráfico 12 mostra-nos a evolução da população empregada por setor de atividade.

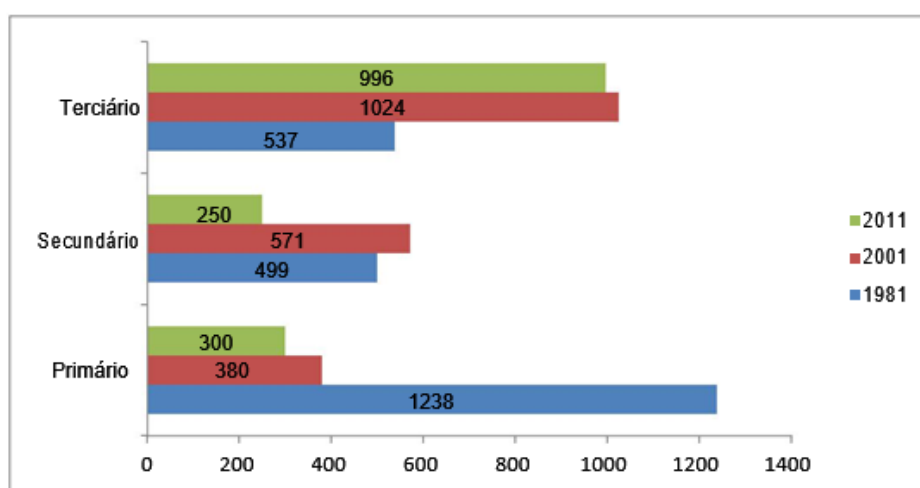


Gráfico 12 - Evolução da população empregada por setor de atividade

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em junho 2019

A análise dos dados sobre os estabelecimentos - por áreas de atividade verificamos que nos últimos três anos, o número de empresas tem vindo a aumentar. A agricultura é a atividade que concentra o maior número de estabelecimentos (174), seguindo-se o Comércio por grosso e a

retalho; reparação de veículos automóveis e motociclos, ainda que nesta atividade se tenha notado um decréscimo ao longo dos últimos anos (DSA:2018).

Ano/Atividade económica	Agricultura	Indústria transformadora	Construção	Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos automóveis e motociclos	Alojamento, Restauração e similares	Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	Atividades administrativas e dos serviços de apoio	Atividades de saúde humana e apoio social
2017	174	24	22	67	48	24	31	14
2016	170	23	20	69	45	21	34	13
2015	164	23	19	80	47	20	26	10

Quadro 7 – Número de estabelecimentos por atividade económica

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Na generalidade e de acordo com a Quadro 7, verificamos que há um aumento do número de empresas. As atividades Agricultura, Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos automóveis e motociclos e Alojamento, restauração e similares representam mais de 60% das empresas existentes no território.

Atividade económica	Ano	Portugal	Alto Alentejo	Avis
Agricultura, produção animal, caça, silvicultura e pesca	2011	809,2€	767,7€	797,0€
	2016	832,7€	821,0€	798,2€
Indústria, construção, energia e água	2011	998,7€	964,8€	920,0€
	2016	1038,7€	1018,1€	945,0€
Indústrias transformadoras	2011	981,0€	976,0€	924,8€
	2016	1030,2€	1040,4€	947,2€
Construção	2011	958,0€	789,2€	634,8€
	2016	957,7€	778,4€	651,3€
Serviços	2011	1133,2€	865,6€	870,6€
	2016	1144,8€	891,6€	878,0€

Quadro 8 - Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, por atividade económica

Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

Considerando o ganho médio mensal por atividade económica verificamos, através da Quadro 8, que no concelho de Avis os salários são inferiores aos praticados no Alto Alentejo e a nível nacional, em qualquer um dos setores de atividade, com exceção do setor da agricultura, produção animal, caça, silvicultura e pesca e setor dos serviços que em 2011 ganhavam mais do que a nível do Alto Alentejo (DSA:2018).

Com a diminuição do emprego, o desemprego assume proporções elevadas, tornando-se uma problemática condicionadora da plena integração do indivíduo na sociedade, fomentando a vulnerabilidade económica, pessoal e social.

Tendo com referência dezembro de 2017, apresentam-se os seguintes dados, no Gráfico 13. Num total de 148 pessoas inscritas no centro de emprego do concelho de Avis, 52 são Homens e 96 são Mulheres.

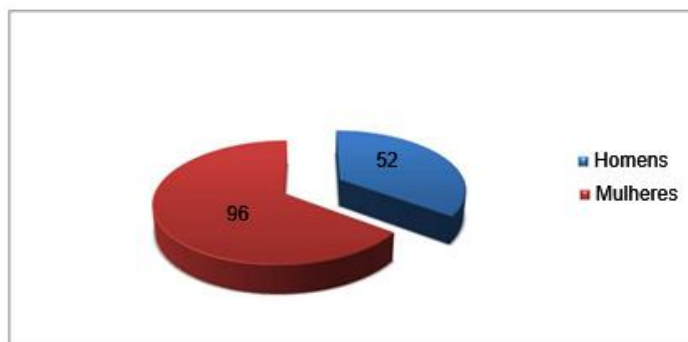


Gráfico 13 - Desempregados inscritos no Centro de Emprego, segundo o sexo
Fonte: Diagnóstico Social de Avis 2018 / Consultado em Agosto de 2020

2.4. Caracterização dos Utentes do Estudo

Participaram neste estudo seis utentes, cinco são do género masculino e um do feminino, com idades compreendidas entre os 81 e os 100 anos como se pode observar no quadro nº 9.

Todos os utentes sabem ler e todos eles apresentam mobilidade reduzida, três são viúvos, três são casados e face à relação de afinidade com o cuidador, três são conjugues e três são filhos. Três coabitam com o cuidador informal e três não coabitam.

A informação recolhida permitiu ainda constatar que dois utentes nem sempre têm orientação espacial e temporal e apenas um tem catéter vesical.

Utente	Género	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Relação de afinidade com o cuidador	Coabita com o cuidador	Mobilidade	Orientação Espaço /Temporal	Catéter Visical
A	M	99 A	Viúvo	Sabe ler	Pai	Não	Mobilidade reduzida	Nem sempre	Não
B	M	84 A	Casado	Sabe ler	conjuge	Sim	Mobilidade reduzida	Sim	Sim
C	F	85A	Viúva	Sabe ler	Mãe	Não	Mobilidade reduzida	Sim	Não
D	M	83A	Casado	Sabe ler	conjuge	Sim	Mobilidade reduzida	Sim	Não
E	M	81 A	Casado	Sabe ler	conjuge	Sim	Mobilidade reduzida	Sim	Não
F	M	100A	Viúvo	Sabe ler	Pai	Não	Mobilidade reduzida	Nem sempre	Não

Quadro 9 – Caracterização dos Utentes
Fonte:Elaboração própria.

2.5 Caracterização dos Cuidadores Informais do Estudo

Mantendo a coerência do estudo os cuidadores informais respetivos são seis. Constata-se, segundo o quadro 10 que entre seis cuidadores, apenas um é do género masculino e as suas idades variam entre os 49 e os 82 anos, apenas um cuidador apresenta habilitações literárias de nível superior (licenciatura).

A situação profissional da maior parte dos cuidadores é a reforma, estando apenas dois empregados e o cuidador informal ou é o conjugue, ou é um filho(a).

Três dos cuidadores coabitam com a pessoa que cuidam, mas todos eles dizem que prestam apoio durante 24 horas, contando com apoios suplementares ao nível do Apoio Domiciliário Integrado (ADI) e da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Cuidador	Género	Idade	Habilitações literárias	Situação profissional	Relação de afinidade com o utente	Coabita com a pessoa idosa	Apoios	Nº de horas de prestação de cuidados
A	F	66 A	Licenciatura	Reformada	conjuge	Sim	ADI UCSP	24H
B	F	82 A	4º ano	Reformada	conjuge	Sim	ADI UCSP	24H
C	F	49 A	4º ano	Empregada	Filha	Não	ADI UCSP	24H
D	F	78 A	4º ano	Reformada	conjuge	Sim	ADI UCSP	24H
E	F	73 A	9º ano	Reformada	Filha	Não	ADI UCSP	24H
F	M	52 A	9º ano	Empregado	Filho	Não	ADI UCSP	24H

Quadro 10 – Caracterização dos Cuidadores Informais
Fonte:Elaboração própria.

2.6 Cuidados e Necessidades da População: Cuidador Informal

O desempenho do cuidador informal, como já se referiu no ponto 3, tem um forte impacto na pessoa que presta cuidados, e segundo Sequeira (2010) os cuidadores apresentam, com frequência, dores musculares, cansaço, alterações do sono, tristeza, tensão nervosa e irritabilidade.

São vários os estudos que referem que a dimensão emocional da sobrecarga é a que mais impacto tem sobre o cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2010). A este respeito, Moreira (2001)

salienta que os cuidadores informais podem desenvolver *stress*, ansiedade, sofrimento, entre outros.

Na perspetiva de Brito (2002), a depressão é o quadro patológico mais frequente, e após um ano após do início da prestação de cuidados, o que evidencia a importância da prestação de cuidados na área da saúde mental.

As necessidades deste tipo estão associadas ao facto de que além de cuidadores, o indivíduos são também profissionais e também eles têm uma vida social e familiar (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006), que, na esmagadora maioria dos casos, é afetada.

Moreira (2001) salienta que os cuidadores informais podem sentir a necessidade de mudanças, as quais requerem a adaptação de papéis, estrutura, padrões de comunicação, reações afetivas, estilos de vida, privacidade e rendimentos.

2.7 Áreas de Intervenção junto do Cuidador Informal

As áreas de intervenção junto do cuidador informal são várias, desde a área da saúde, à área da educação, bem como outras ciências sociais e humanas.

Tendo por base o documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional, existem várias medidas de intervenção junto dos cuidadores informais (Teixeira, *et al.*, 2017).

A nível internacional, Teixeira *et al.* (2017) destacam como medidas: o descanso do cuidador; a capacitação e os serviços de treino, aconselhamento e informação; e o reconhecimento dos cuidadores.

No contexto português, existem várias medidas e no âmbito das medidas legislativas, salientam-se dois documentos essenciais:

- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos Base XVIII - Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos Base XX - Admissão na RNCP;
- Lei n.º 7-B/2016, de 31 de março – Aprova as Grandes Opções do Plano 2016-2019;
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (possibilita a existência de vagas destinadas a descanso do cuidador);
- Resolução da Assembleia da República n.º 129/2016, de 18 de julho – Recomenda ao Governo a criação do estatuto do CI;
- Resolução da Assembleia da República n.º 130/2016, de 18 de julho – Recomenda ao Governo medidas de apoio aos cuidadores informais e a aprovação do seu estatuto;
- Resolução da Assembleia da República n.º 134/2016, de 19 de julho – Recomenda ao Governo a tomada de medidas de apoio a cuidadores informais, bem como a criação do estatuto do CI;

- Resolução da Assembleia da República n.º 135/2016, de 19 de julho – Recomenda ao Governo o reforço dos apoios aos cuidadores informais;
- Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro – Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (...) bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI;
- Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril republicada pela Portaria n.º 68/2017 de 16 de fevereiro, – Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental, bem como as condições de organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental para a população adulta e para a infância e adolescência (possibilita a utilização de vagas para descanso do cuidador);
- Portaria n.º 67/2012, de 21 de março - Define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas;
- Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro - Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário.
- Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

Face às medidas de proteção social, elas diferem de acordo com a condição da pessoa, assim sendo (Teixeira *et al.*, 2017):

- a) Pessoas com Deficiência: Lar Residencial, Residência Autónoma, Centro de Atividades Ocupacionais, Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade e Acolhimento Familiar para Pessoas com Deficiência
- b) Pessoas em situação de dependência: Apoio Domiciliário Integrado (ADI), Unidade de Apoio Integrado (UAI) e SAD para pessoas em situação de dependência.
- c) Pessoas Idosas: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Noite, Centro de Dia, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (anteriormente denominado Lar para Idosos).

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Este capítulo dedica-se, exclusivamente, à apresentação dos objetivos e das respetivas metas e indicadores. Tal como se referiu anteriormente, aquando do planeamento em saúde, a definição de objetivos é essencial para orientar o trabalho rumo aos resultados pretendidos.

3.1. Objetivos

Do ponto de vista da investigação, os objetivos constituem um componente central da mesma, na medida em que orienta o investigador ao longo de todo o processo (Fortin, 2009).

No âmbito da intervenção em saúde, a definição dos objetivos assume-se como a terceira fase do processo de planeamento em saúde, sendo que estes traduzem os “resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos.” (Tavares, 1990: 113). Assim sendo, a definição dos objetivos é um momento crucial, pois só “mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 43). De facto, os objetivos refletem as metas que se pretendem alcançar, precisando as variáveis-chave e a população-alvo (Fortin, 2003).

Tendo em conta que o objetivo geral reflete a “principal intenção de um projeto, ou seja, corresponde ao produto final que o projeto quer atingir” (Sousa & Baptista, 2011, p. 26), definiu-se como objetivo principal: **capacitar (empoderar) os cuidadores informais para o desempenho da sua função.**

Por sua vez, os objetivos específicos correspondem a metas definidas a curto prazo e as quais contribuem para que se atinja o objetivo geral (Sousa & Baptista, 2011), pelo que para este projeto de intervenção se definiram cinco objetivos específicos (ObE):

- **ObE1:** Avaliar o nível de sobrecarga nos cuidadores informais;
- **ObE2:** Avaliar o nível de dependência dos utentes face ao cuidador informal;
- **ObE3:** Dotar os cuidadores informais de conhecimentos que facilitem o desempenho da sua função;
- **ObE4:** Dar a conhecer os recursos de apoio ao cuidador disponíveis na comunidade;
- **ObE5:** Promover a participação dos cuidadores informais nas atividades realizadas.

3.2. Metas e Indicadores

As metas, também designadas de objetivos operacionais, são definidas por Imperatori e Giraldes (1993: 48) como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.”. Nesta ordem de ideias, para cada um dos objetivos específicos definidos anteriormente, definiram-se as respetivas metas e indicadores que possibilitam a monitorização e avaliação do trabalho realizado no que diz respeito ao processo e à atividade, como se pode observar nos quadros 11 a 15.

ObE1	Avaliar o nível de sobrecarga nos cuidadores informais
Meta	Avaliar o nível de sobrecarga em 80% dos cuidadores informais
Indicador	Nível de sobrecarga dos cuidadores informais
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de cuidadores informais avaliados em Avis} \times 100}{\text{Nº cuidadores informais em Avis}}$

Quadro 11 - Metas e Indicadores do ObE1

Fonte: Elaboração própria

ObE2	Avaliar o nível de dependência dos utentes face ao cuidador informal
Meta	Avaliar o nível de dependência de 80% dos utentes com cuidador informal
Indicador	Nível de dependência dos utentes
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de utentes com dependência com CI avaliados em Avis} \times 100}{\text{Nº de utentes com dependência em Avis}}$

Quadro 12 - Metas e Indicadores do ObE2

Fonte: Elaboração própria.

ObE3	Dotar os cuidadores informais de conhecimentos que facilitem o desempenho da sua função;
Meta	Que pelo menos 95% dos CI tenham frequentado a formação “Cuidar do Cuidador”
Indicador	Percentagem de CI que participou na formação “Cuidar do Cuidador”
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de CI que frequentaram a formação “Cuidar do Cuidador”} \times 100}{\text{Nº de CI existentes em Avis}}$

Quadro 13 - Metas e Indicadores do ObE3

Fonte: Elaboração própria.

ObE4	Dar a conhecer os recursos de apoio ao cuidador disponíveis na comunidade;
Meta	Que 90% dos CI disponha dos recursos que facilitem a sua função.
Indicador	Percentagem de CI que dispõem de recursos necessários.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de CI que dispõem de recursos necessários} \times 100}{\text{Nº de CI existentes em Avis}}$

Quadro 14 - Metas e Indicadores do ObE4

Fonte: Elaboração própria.

ObE5	Capacitar a equipa ADI para o apoio domiciliário
Meta	Participação de 80% da equipa ADI na formação
Indicador	Taxa de ADI que participaram na formação
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de pessoas (ADI) que frequentaram a formação} \times 100}{\text{Nº total de pessoas que integram a equipa ADI}}$

Quadro 15 - Metas e Indicadores do ObE5

Fonte: Elaboração própria.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES

Este ponto do trabalho, serve não só para apresentar a metodologia adotada, como também serve para elencar as estratégias adotadas e os recursos utilizados.

4.1 Metodologia

A metodologia adotada é de cariz quantitativo e por estas razões, trata-se de um estudo descritivo, tendo-se utilizado vários instrumentos para a recolha de dados.

Assim sendo, para a recolha de dados junto dos utentes, aplicou-se um questionário geral, de elaboração própria, por forma a permitir obter informação que caracteriza a amostra do estudo (Anexo 1) foi aplicada a Escala de Barthel, de acordo com a norma nº 054/2011 de 27/12/2011 da Direção-Geral da Saúde, pretendendo-se obter uma medição da autonomia em atividades de vida diárias (Anexo 2). Por sua vez, para se recolher informação junto dos cuidadores informais recorreu-se, também, a um Questionário de Caracterização Geral dos Cuidadores Informais, de elaboração própria, efetuado teste a seis CI não tendo sido necessário alterar o questionário (Anexo 3), tendo sido pedida autorização à Sr.^a Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Avis (Anexo 11), recorreu-se ainda, à Escala de Sobrecarga do Cuidador (versão portuguesa), do Ex.^{mo} Sr. Prof. Doutor Carlos Sequeira, tendo sido pedida autorização ao mesmo. (Anexo 7).

4.2 Questões éticas

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], da OE (2015), artigo 8 nº1 “(...) o enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos humanos e interesses dos cidadãos ”(REPE,2015:4).

Para Fortin (2009), qualquer questão efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais. Assim sendo, define cinco princípios básicos aplicados ao ser humano, determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto/prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Segundo o código deontológico artigo 106.º do dever de sigilo:

“O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional

e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico e d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (OE, 2015:8)

Deste modo, no decorrer presente projeto, houve a preocupação pelo respeito da pessoa humana, pela autonomia, garantia de confidencialidade e proteção dos direitos inerentes á livre escolha. Procedeu-se á elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo 9) onde foram expostos os objetivos do projeto, da aplicação dos questionários, esclarecidas dúvidas, garantindo a confidencialidade e o carácter voluntário.

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados:

Ao Sr. Prof. Doutor Carlos Sequeira, autor da Escala de Sobrecarga do Cuidador (versão portuguesa), como atrás já se referiu (Anexo 7

foi realizado o pedido de autorização em formato papel à Sr.^a Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Avis, o qual foi diferido (Anexo 11).).

4.3 Estratégias Utilizadas

No que diz respeito às estratégias utilizadas, estas passaram por:

- Formação (Empoderar) dos cuidadores informais;
- Sensibilização da equipa UCSP e ADI para a necessidade de um apoio permanente e contínuo aos cuidadores informais;
- Promoção da experiência de cada um para promover o conhecimento
- Divulgação junto de todos os cuidadores o acesso a um Plano de Apoio aos Cuidadores, definido este pelos próprios, pelas pessoas a ser cuidadas e pelos profissionais
- Formação das profissionais do apoio domiciliário da SCMA.

4.4 Recursos Humanos

Os recursos humanos necessários para a concretização do estudo e da intervenção foram: o Enfermeiro mestrando; o Enfermeiro responsável da UCSP; a Equipa de Enfermagem UCSP; os utentes; e os cuidadores informais, estes, como objeto do estudo.

Gestor do Projeto	Enf.º João Miguens
Cliente /Utilizador	Utentes dependentes e cuidadores informais.
Equipa de Gestão de Projeto	Enf.º João Miguens Enfermeiro responsável UCSP
Equipa de Execução do Projeto	Equipa de Enfermagem UCSP
Influenciadores	ULSNA

Este projeto incidiu sobre todos os utentes dependentes e repetivos cuidadores informais residentes na freguesia de Avis e incritos na Unidade de Cuidados Personalizados.

4.5 Recursos Materiais

Os recursos materiais necessários foram a impressão dos instrumentos de recolha de dados, canetas para fornecer aos participantes, por forma a preencherem os questionários.

O Quadro 16 , que se segue apresenta-nos a Previsão de Custos de Recursos Materiais e Humanos do projeto “Avis Cuidar do Cuidador”:

Previsão de Custos de Recursos Materiais e Humanos do projeto “Avis Cuidar do Cuidador	
Recursos Materiais	Estimativa de Custos
Folhas A4	4,50 €
Impressão de folhas (utilização da impressora)	12 €
Canetas	3,50
Utilização de viatura	(900 Km) 85 €
Telemóveis (utilização)	12€
	Total = 117
Recursos Humanos	Estimativa de Custos
Mestrando João Miguéns	40h x 10.77 = 430.80 €
Enfermeiro Orientador	40h x 13.02 = 520.80 €
	Total = 951,60
	Custo total : 117€ + 951,60 = 1068,60

Quadro 16 – Previsão de Custos de Recursos Materiais e Humanos do projeto “Avis Cuidar do Cuidador
Fonte:Elaboração própria.

4.6 Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Ao longo do projeto de intervenção foram envolvidas no estudo uma UCSP do Norte Alentejano e a SCMA, como se pode observar no Quadro 17.

Datas	Entidade presente	Pessoas Envolvidas	Objetivo	Monitorização/ Avaliação
17-09-2019	UCSP	Enfermeiro Responsável da UCSP	Apresentar e validar pertinência do projeto	Reconhecida importância e mais-valia do projeto
24-09-2019	UCSP	Enfermeiro Responsável da UCSP e Equipa de Enfermagem UCSP	Apresentar e validar pertinência do projeto	Reconhecida importância e mais-valia do projeto
29-10-2019	UCSP / SCMA	Enfermeiro Responsável da UCSP e Provedora da SCMA	Apresentar e validar pertinência do projeto	Reconhecida importância e mais-valia do projeto
29-10-2019	UCSP / SCMA	Enfermeiro Responsável da UCSP e Provedora da SCMA	Identificar os cuidadores informais alvo do estudo	Procedeu-se à identificação de seis cuidadores
19-11-2019	UCSP / SCMA	Enfermeiro Responsável da UCSP e Provedora da SCMA	Contactar os seis cuidadores informais e pedir a sua colaboração no projeto	Foram contactados diretamente os seis cuidadores informais os quais aceitaram participar no estudo
20-11-2019	UCSP	Enfermeiro Responsável da UCSP e equipa de Enfermagem UCSP	Pedido de colaboração à Equipa UCSP	A equipa disponibilizou-se a colaborar mas, escassez de recursos
26-11-2019	UCSP	Enfermeiro Responsável da UCSP	Aplicação dos instrumentos de recolha de dados.	Aplicaram-se os instrumentos de recolha aos seis cuidadores.
Realizadas ao longo das quatro visitas a cada um dos CI	UCSP	Enfermeiro Responsável da UCSP Cuidadores Informais	Realização das sessões de educação para a saúde de forma informal aos cuidadores	Foram realizadas as sessões de educação para a saúde de forma informal aos cuidadores
03-12-2020 05-12-2020 10-12-2020 12-12-2020	UCSP / SCMA	Enfermeiro Responsável da UCSP	Realização das sessões de educação para a saúde	Foram realizadas as sessões de educação para a saúde às funcionárias da SCMA

Quadro 17 - Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas
Fonte: Elaboração própria.

4.7.Fundamentação das Atividades

- Realizaram-se 4 visitas domiciliárias a todos os utentes e cuidadores informais, a fim de se conhecer a sua realidade e combater um pouco o isolamento (6 utentes);
- Juntamente com o Enfermeiro Orientador proporcionou-se a avaliação da situação de cada utente e de cada cuidador informal e respetiva transmissão de conhecimentos de forma informal, aos cuidadores informais;
- Estimulou-se o *empowerment* (empoderamento, capacitação) ao cuidador, através de visitas domiciliárias como atrás já se referiu. Estimulou-se, também, os funcionários da SCMA a transmitirem os conhecimentos e aprendizagens adquiridos nas formações por nós realizadas, aos cuidadores informais, por forma a melhorarem o seu desempenho;
- Aplicação de questionários aos cuidadores informais e análise do resultados;
- Também se realizaram visitas aos cuidadores aquando da deslocação das funcionárias da SCMA às habitações dos mesmos, tendo-se verificado que existem algumas lacunas ao nível dos conhecimentos e práticas das mesmas. Esta conclusão foi facilmente observável através da observação direta;
- Foi realizada uma formação, nas instalações da SCMA, com duas temáticas diferentes: Complicações Associadas à má mobilização, transferência e posicionamento do idoso e Mobilizar, Posicionar e Transferir os nossos idosos corretamente. Esta formação foi replicada em quatro sessões, com as funcionárias da SCMA em cada uma delas (Anexo 5);
- Apresentação aos CI dos mesmos Power Point´s apresentados aos funcionários da SCMA.

4.7. Resultados da Avaliação dos Uteses Dependentes de Cuidador Informal

Seguidamente apresentamos os dados recolhidos através do Questionário de Caracterização Geral dos Uteses (Anexo I), da aplicação da Escala de Barthel (Anexo 2), Questionário de Caracterização Geral dos Cuidadores Informais (Anexo 3) e da Escala da Sobrecarga do Cuidador (Anexo 4).no período de 20/11/2019 a 20/12/2019.

Relativamente à idade dos utentes, os resultados revelam que entre seis utentes quatro integram a faixa etária dos 81 aos 90 anos. Conforme o gráfico 14 é possível aferir que 1 utente tem entre 91 a 100 anos e outro utente tem uma idade entre os 71 e os 80 anos.

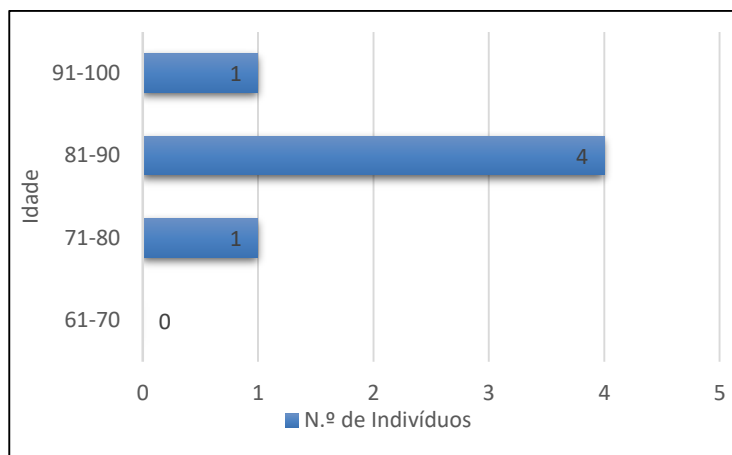


Gráfico 14 – Idade (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao género, os resultados indicam que de seis utentes, apenas um (17%) é do género feminino, tal como se pode aferir pelo Gráfico 15.

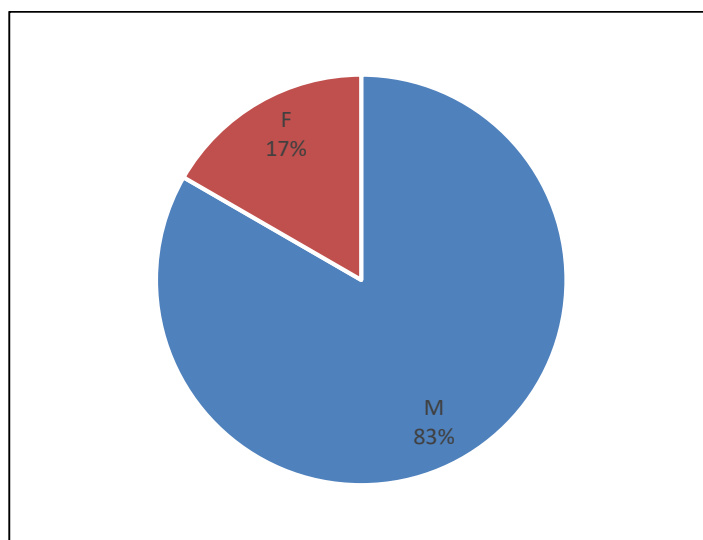


Gráfico 15 – Género (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao contexto em que vivem, constatou-se que quatro utentes vivem em sua casa e dois vivem na casa de familiares como se pode ver no Gráfico 16.

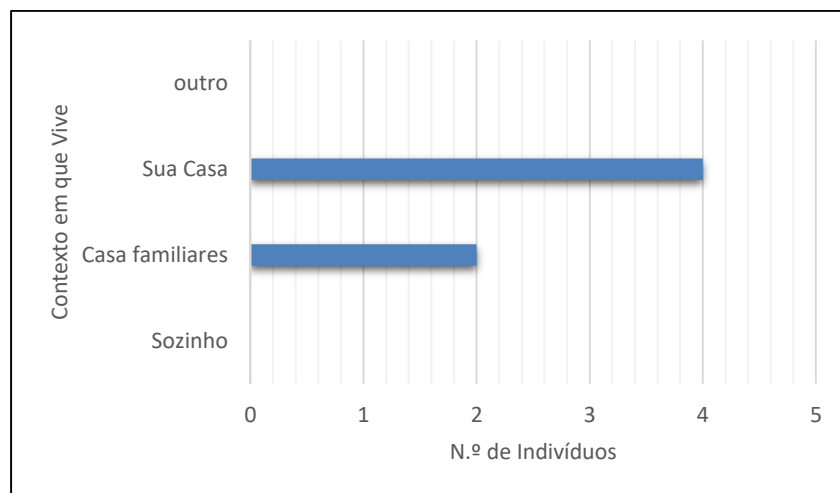


Gráfico 16 – Contexto em que vive (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Face ao grau de dependência dos utentes, os resultados evidenciam que 17% (n=1) é independente, 33% (n=2) apresenta dependência parcial e 50% (n=3) apresenta dependência total, como abaixo se observa no Gráfico gráfico 17.

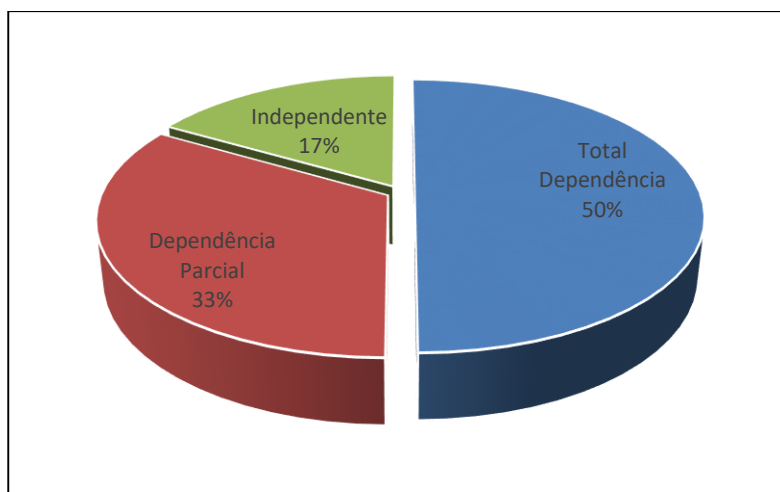


Gráfico 17 – Grau de dependência (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao nível de dependência para a alimentação, constata-se que apenas existe um utente dependente, um utente independente e quatro que necessitam de alguma ajuda ao nível da alimentação (ao nível da supervisão).

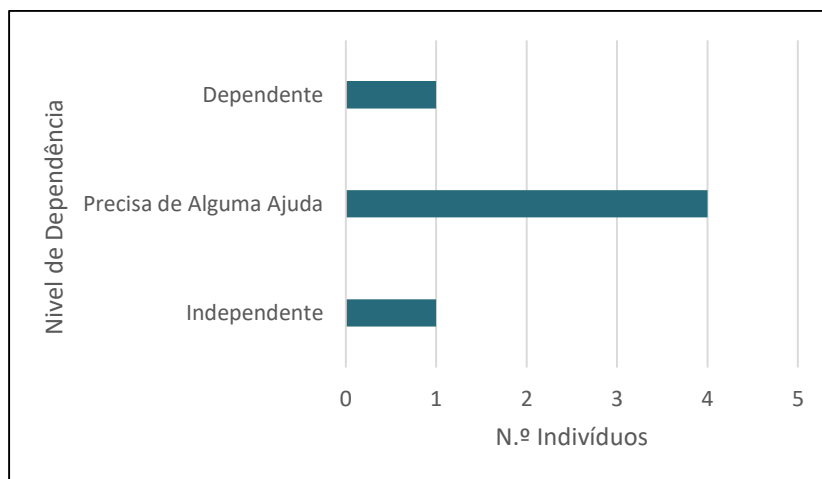


Gráfico 18 – Nível de dependência face à alimentação (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Face às transferências, foram identificados que dois utentes necessitam de ajuda para se sentarem, três precisam de alguma ajuda e um é independente.

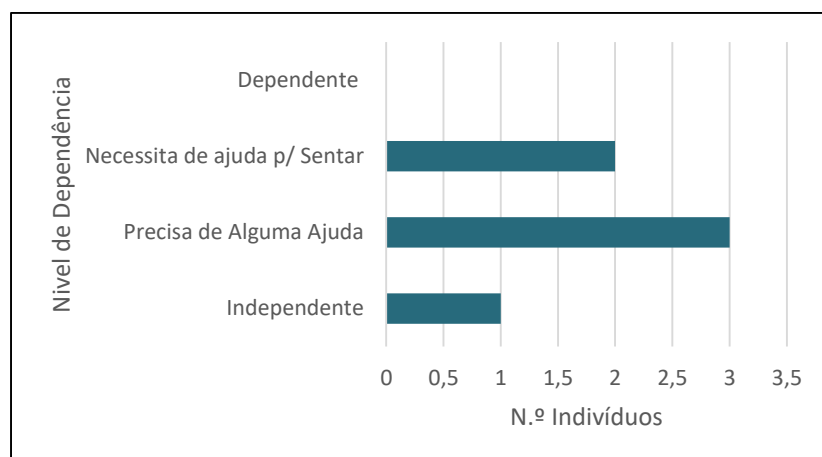


Gráfico 19 – Nível de dependência face às transferências (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao nível de dependência face à toalete, apenas um utente é independente, tal como se pode verificar pelo Gráfico 19 os restantes são dependentes do CI.

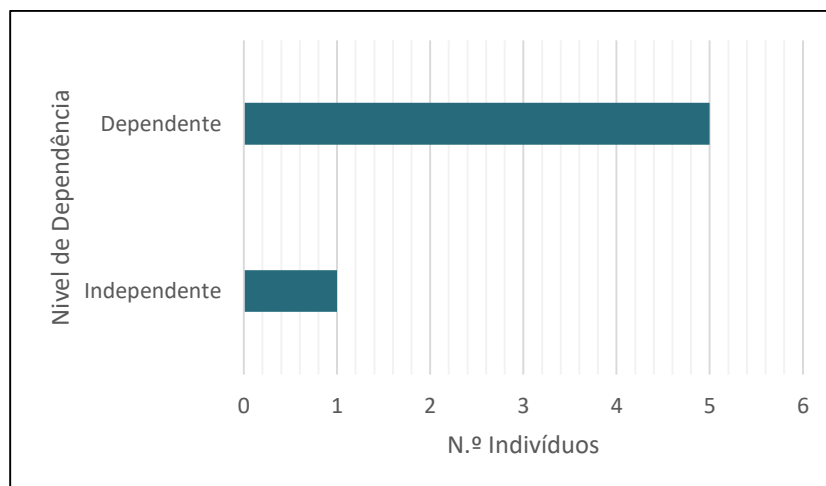


Gráfico 20 – Nível de dependência face à toalete (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Ao nível da utilização do WC, dois utentes precisam de ajuda e quatro são independentes, conforme Gráfico 21, que a seguir se apresenta.

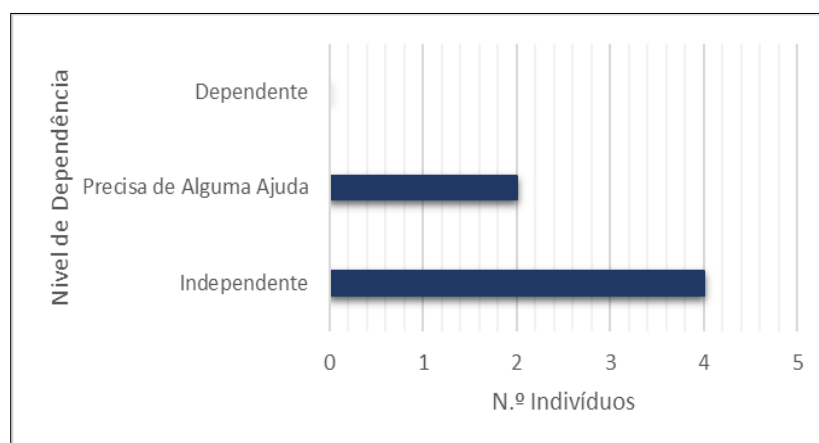


Gráfico 21 – Utilização do WC (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao banho, todos os utentes são dependentes, tal como se pode verificar na página seguinte, pelo gráfico 22.

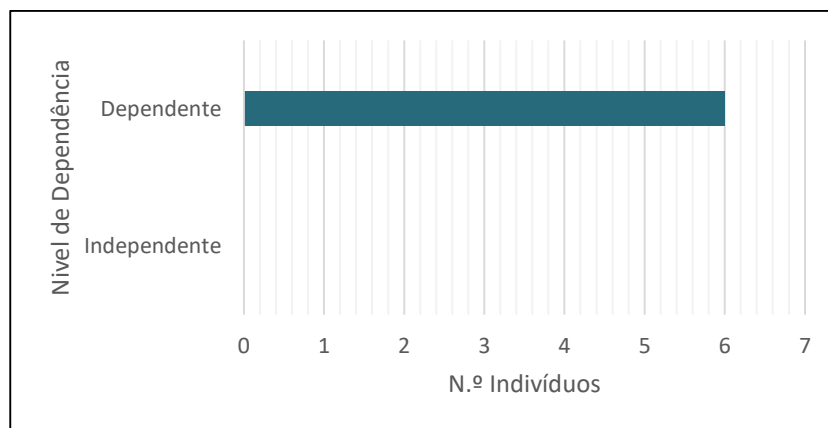


Gráfico 22 – Nível de dependência face ao banho (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Em termos de mobilidade, verifica-se que um idoso é dependente, um move-se através da cadeira de rodas e quatro caminham menos de 50 metros, de acordo com o Gráfico 23.

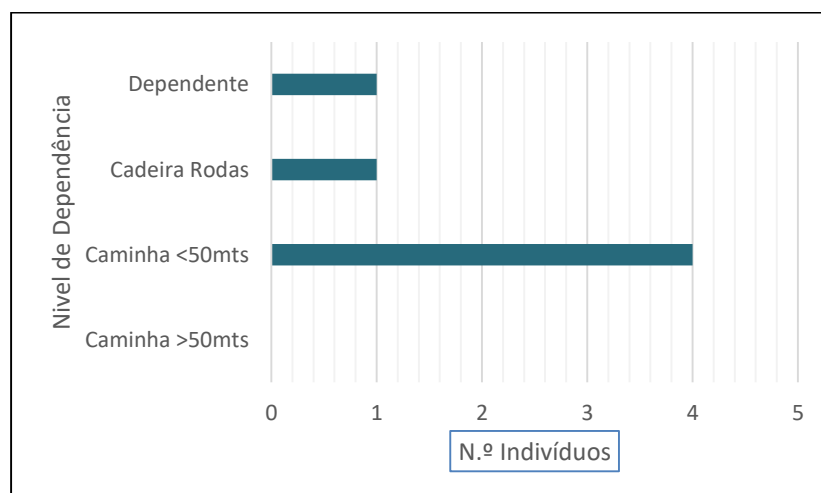


Gráfico 23 – Nível de dependência face à mobilidade (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao nível de dependência para subir escadas, constata-se que dois utentes são dependentes e quatro precisam de alguma ajuda, como se pode observar no Gráfico 24 .

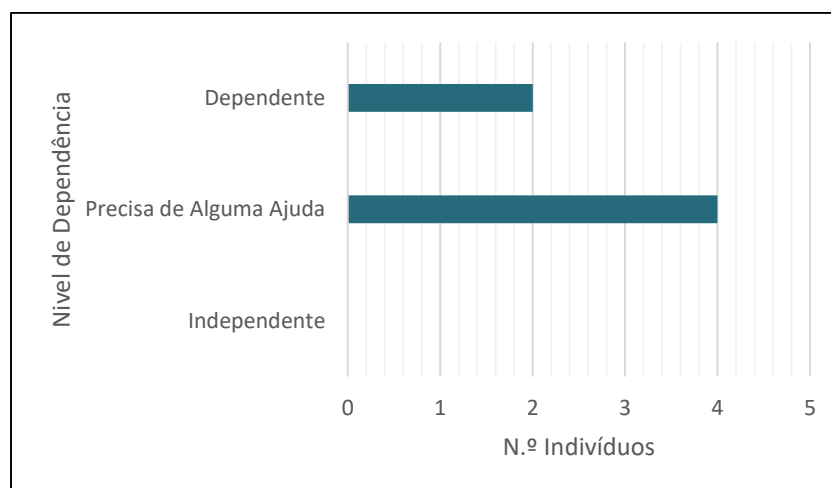


Gráfico 24 – Nível de dependência face às escadas (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

Os resultados relativos ao nível de dependência para face ao vestir indicam que apenas um utente é independente e os restantes precisam de ajuda.

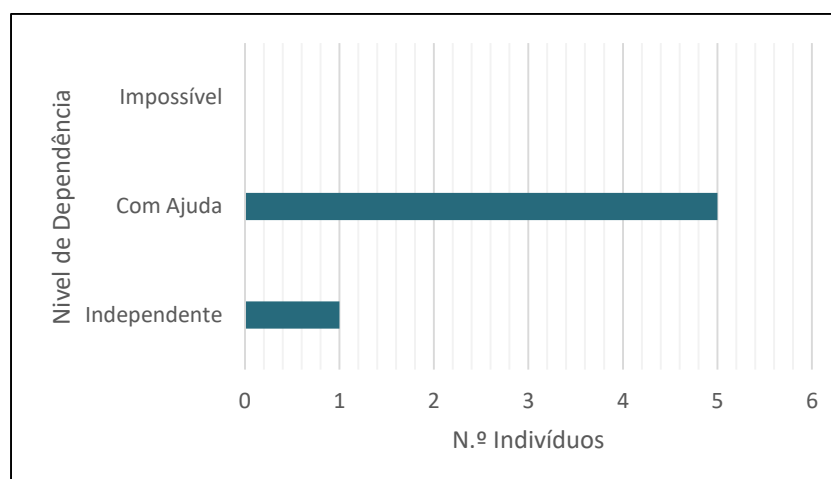


Gráfico 25 – Nível de dependência face ao vestir (utentes)
Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito ao controlo intestinal, apenas um utente refere um acidente ocasional e os restantes controlam, segundo o Gráfico 26.

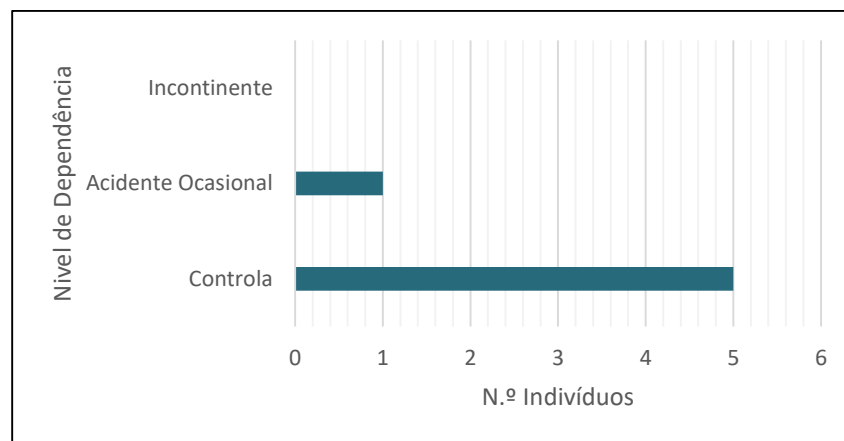


Gráfico 26 – Nível de dependência face ao controlo intestinal (utentes)

Fonte: Elaboração própria.

Atendendo ao Gráfico 27, verifica-se que um utente é incontinente, um já teve um acidente ocasional e os restantes afirmam ter controlo urinário.

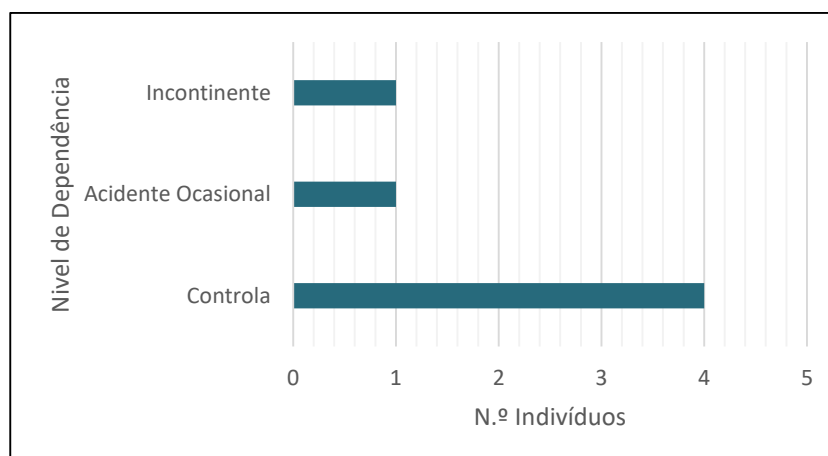


Gráfico 27 – Nível de dependência face ao controlo urinário (utentes)

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados do gráfico 28 permitem aferir que face:

- À alimentação, mais de metade dos utentes (n=4) precisam de ajuda;
- Às transferências, metade (n=3) precisa de ajuda;
- À toalete, mais de metade (n=5) é dependente;
- À utilização do WC, metade (n=3) é independente;
- Ao banho, a esmagadora maioria (n=6) é dependente;
- À mobilidade, mais de metade dos utentes (n=4) caminham menos de 50 metros;
- Às escadas, mais de metade dos utentes (n=4) precisam de ajuda;
- Ao vestir, mais de metade (n=5) consegue-se vestir com ajuda;
- Ao controlo intestinal, mais de metade (n=5) controla os intestinos;

- Ao controlo urinário, mais de metade dos utentes (n=4) possui controlo urinário.

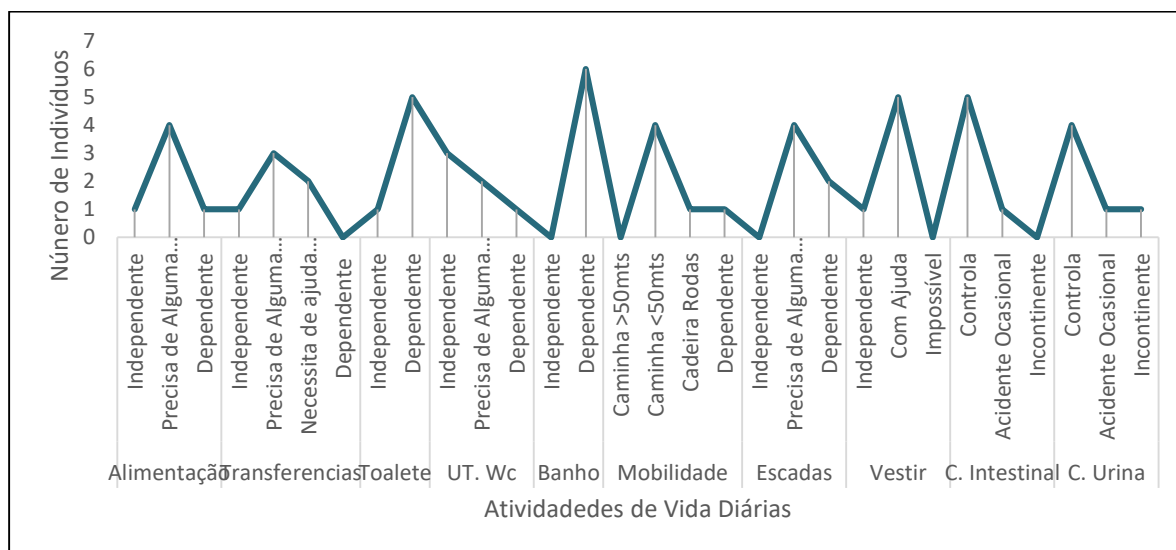


Gráfico 28 – Resultados da escala de Barthel

Fonte: Elaboração própria.

4.8. Resultados de Avaliação dos Cuidadores Informais

Os resultados que em seguida se apresentam foram obtidos através do recurso a diferentes questionários. Assim sendo, como se pode observar no Gráfico 29 a esmagadora maioria dos cuidadores informais (83%) é do género feminino.

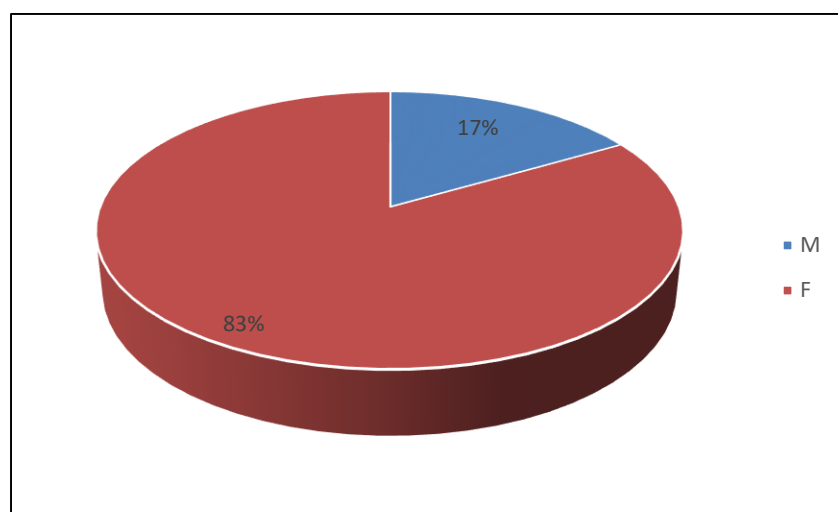


Gráfico 29–Género (CI)

Fonte: Elaboração própria.

No Gráfico 30 verificamos que a idade dos cuidadores informais não ultrapassa os 80 anos: quatro têm uma idade entre os 71 e os 80 anos; um tem entre 61 e 70 anos; e outro tem entre 51 e 60 anos.

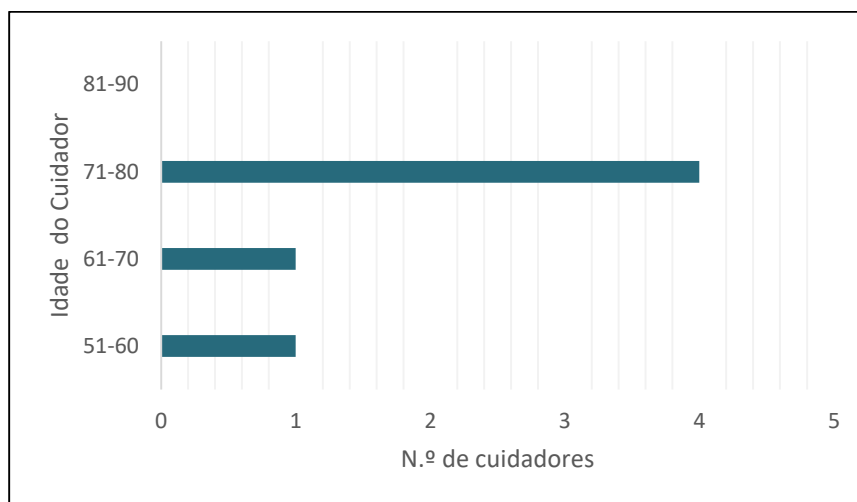


Gráfico 30 – Idade (CI)
Fonte: Elaboração própria.

As habilitações literárias dos cuidadores informais que participam neste estudo são diversas, quatro possuem o 4.º ano, dois o 9.º ano apenas um o ensino superior, como se pode observar no Gráfico 31.

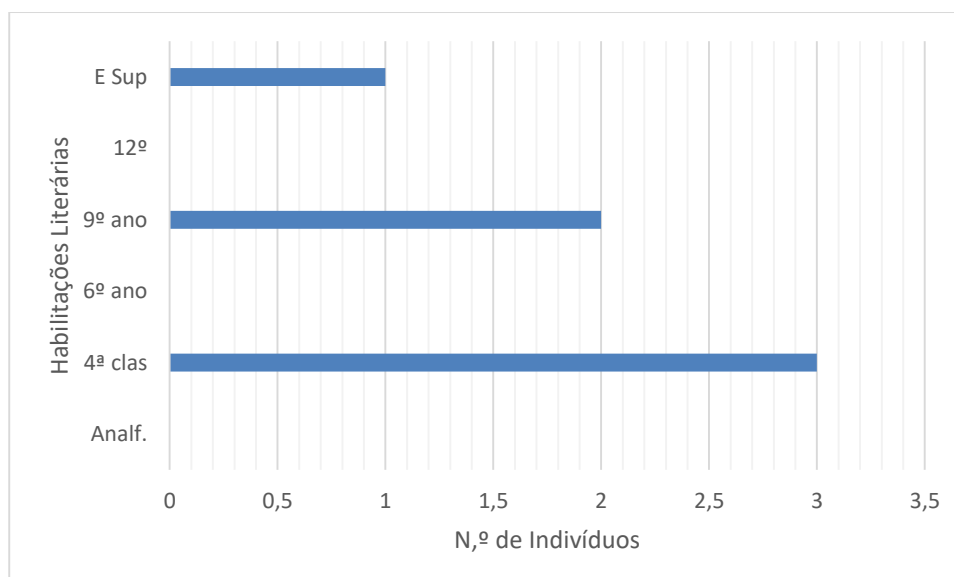


Gráfico 31– Habilitações Literárias (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Face à situação profissional, os resultados revelam que três cuidadores estão reformados, um está reformado por invalidez, um está empregado a tempo inteiro e outro refere encontrar-se noutra situação profissional, como podemos verificar no Gráfico nº 32.

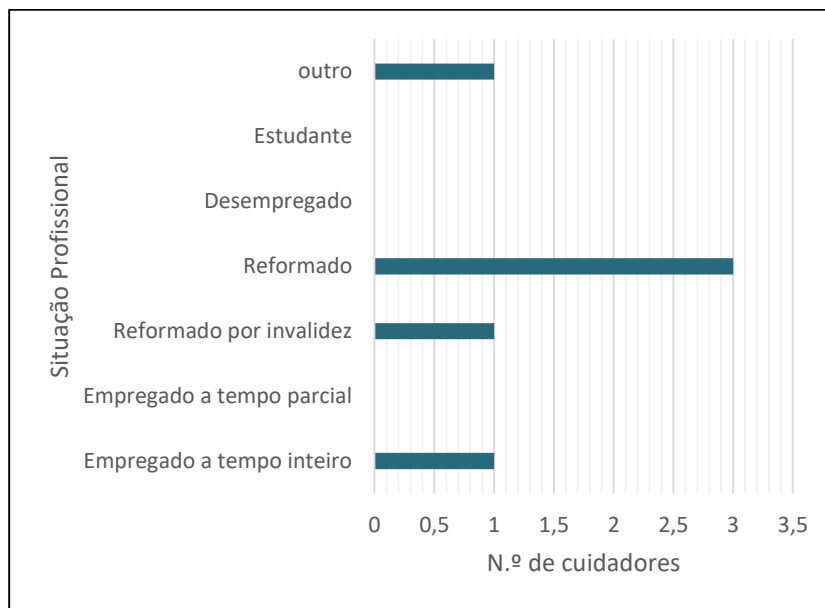


Gráfico 32 – Situação profissional (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Face à relação com a pessoa que cuida, quatro cuidadores referem ser o cônjuge e apenas dois são filhos, de acordo com o Gráfico 33.

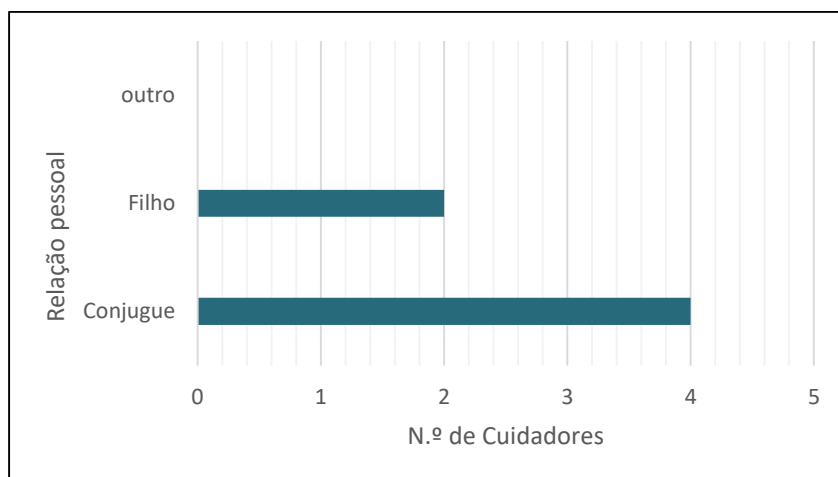


Gráfico 33 – Relação com a pessoa que cuida (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Face à coabitação, os cuidadores informais referem que vivem na mesma casa e por isso, a distância entre cuidador informal e pessoa cuidada não é nenhuma.

Três dos cuidadores informais já o são há mais de cinco anos, dois desempenham este papel há 1-2 anos e um há 3-5 anos, como se pode observar através da observação do Gráfico 34.

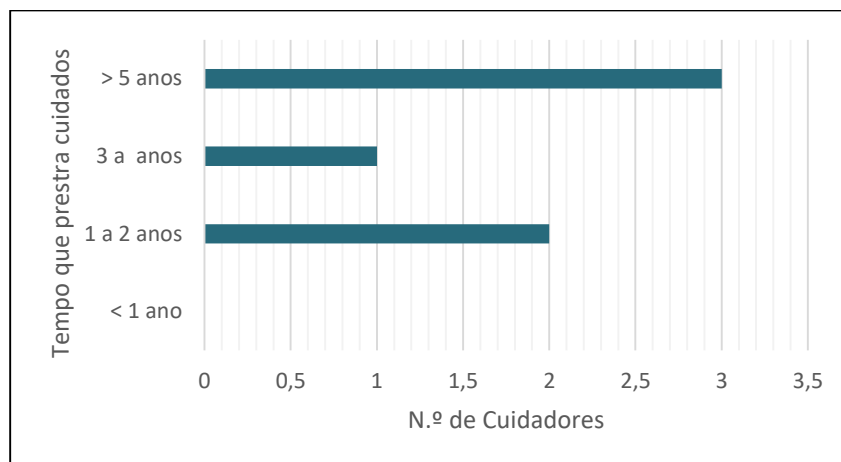


Gráfico 34 – Tempo que presta cuidados (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao facto se tem ajuda, mais de metade dos cuidadores informais (67%) referem ter ajuda, conforme se pode observar no Gráfico 35 .

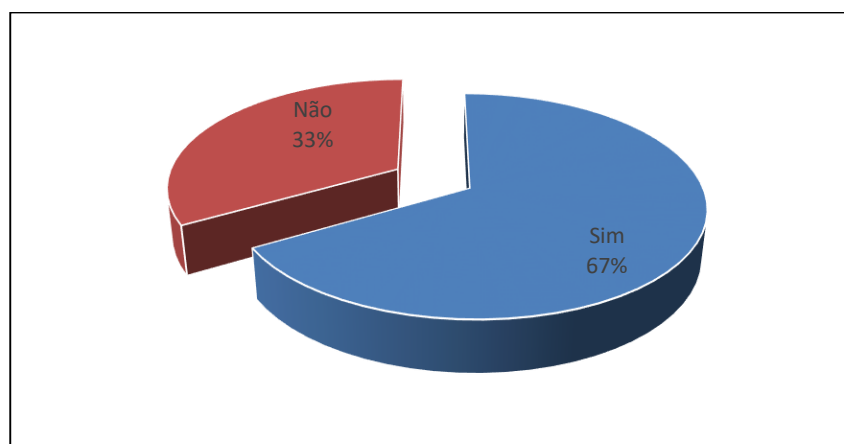


Gráfico 35–Se tem ajuda (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Os resultados relativos à periodicidade com que prestam cuidados, permitem perceber que quatro cuidadores prestam apoio permanente, um presta apoio mais de 41 horas por semana e outro presta apoio entre 9 a 20 horas por semana, de acordo com o Gráfico 36.

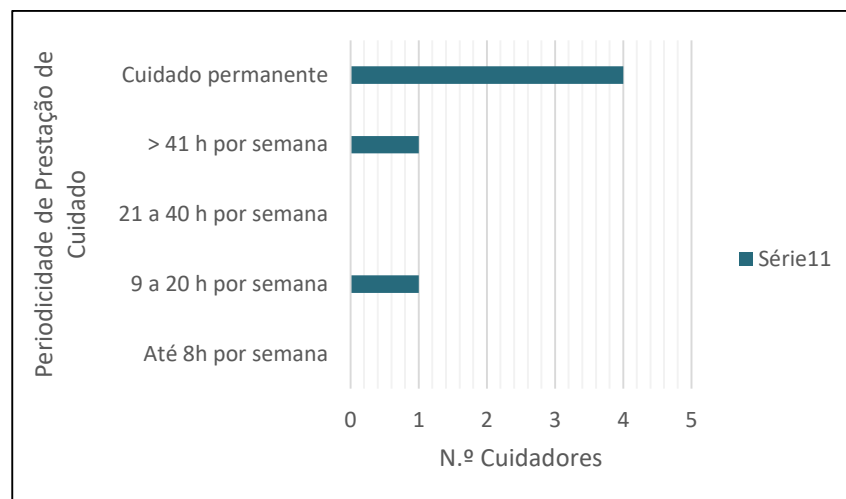


Gráfico 36 – Periodicidade com que presta cuidados (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Face ao facto de terem problemas ou não, a amostra de cuidadores informais revela que 50% diz que sim e outros 50% afirmam que não, como facilmente constatamos através da observação do Gráfico 37.

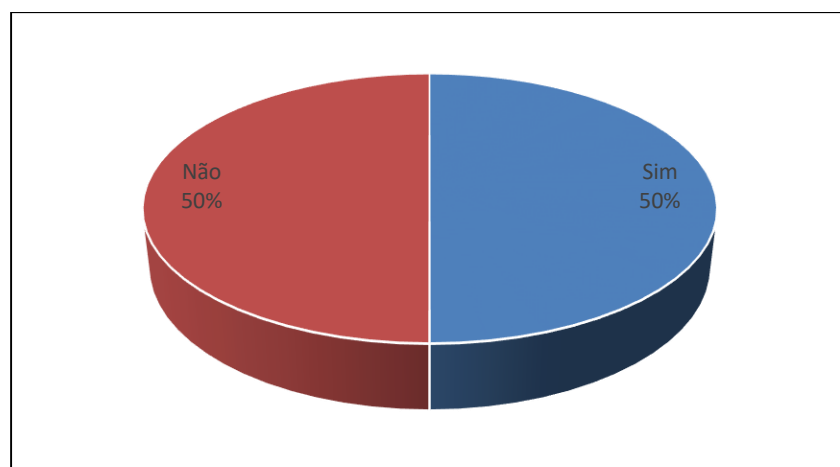


Gráfico 37 – Problema (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Às questões seguintes apenas responderam quatro cuidadores, dos quais dois referem *outro* problema, um indica a falta de tempo e outro refere o facto de não ter vida própria, como se consegue verificar no Gráfico 38.

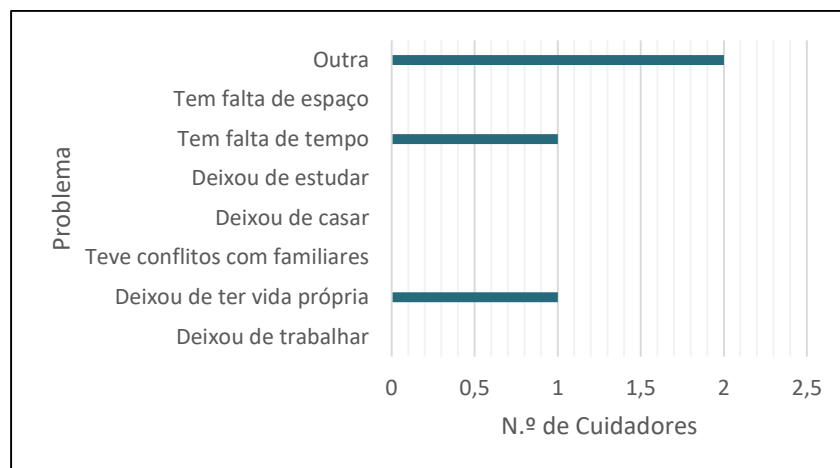


Gráfico 38 –Tipo de problema (CI)
Fonte: Elaboração própria.

A análise do Gráfico seguinte, 39, revela que o papel de cuidador informal é desempenhado por obrigação por quatro participantes e dois referem que o fazem por opção.

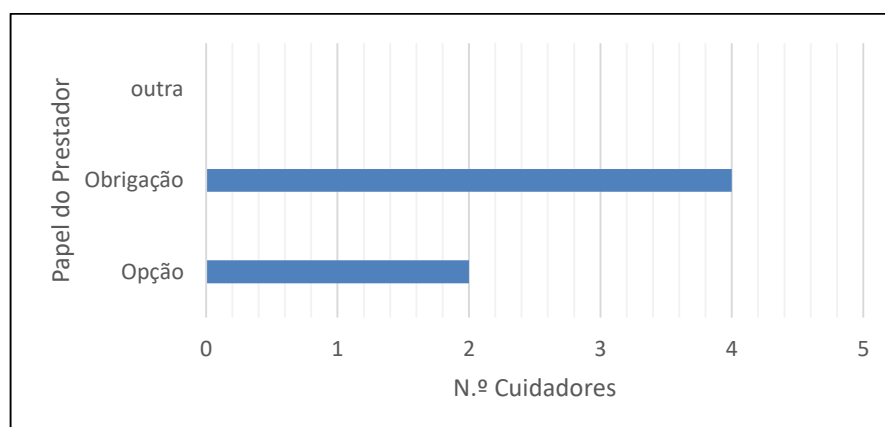


Gráfico 39–Papel do prestador (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Mais de metade da amostra de cuidadores informais refere sentir falta de apoio (67%), conforme os resultados apresentados no Gráfico 40.

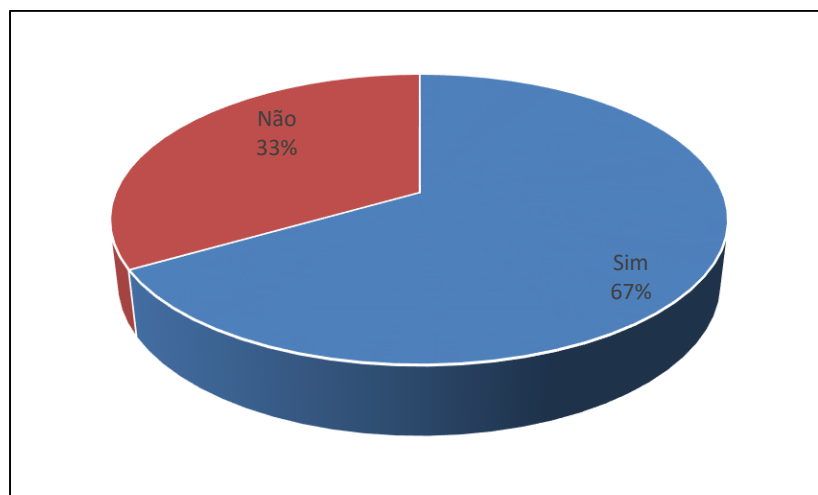


Gráfico 40 – Falta de apoio (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao tipo de apoio de que sentem falta, quatro cuidadores mencionam o apoio emocional e dois desses também o financeiro, dois mencionam o apoio domiciliário e outros dois o apoio logístico como é visível no Gráfico 41 que se segue.

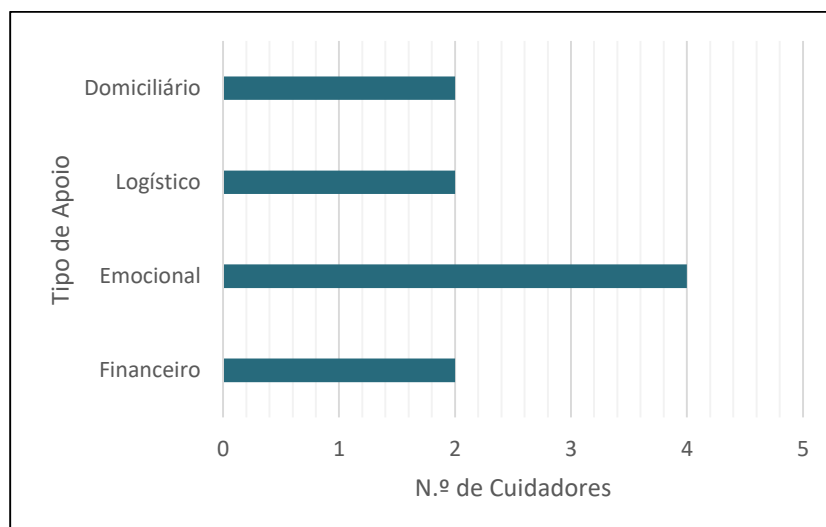


Gráfico 41 – Tipo de apoio (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Segundo os resultados obtidos, mais de metade da amostra (67%) usufrui do apoio da UCSP, conforme se pode observar facilmente no Gráfico 42.

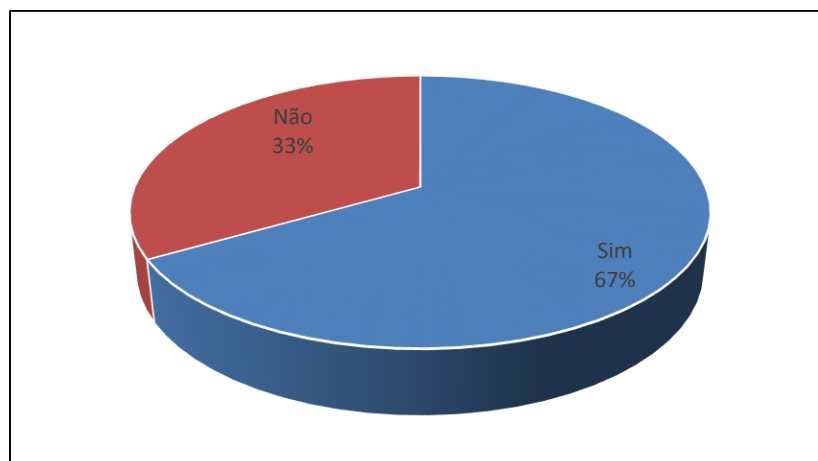


Gráfico 42 – Apoio da UCSP (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Face às dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, os resultados demonstrados no Gráfico 43 permitem aferir que as áreas em que sentem mais dificuldades são ao nível dos cuidados e da mobilização.

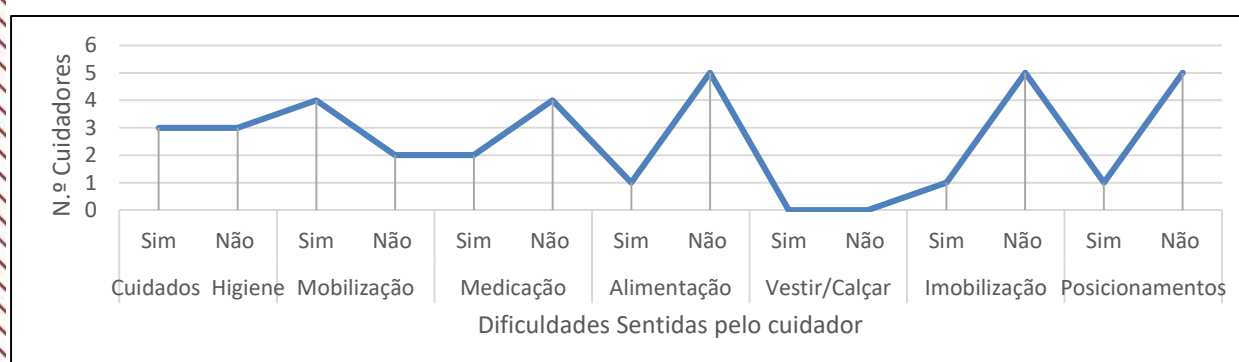


Gráfico 43 – Dificuldades sentidas (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao tipo de dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, constata-se, pelo Gráfico 44, que são: cuidados; banho no wc; mobilização.

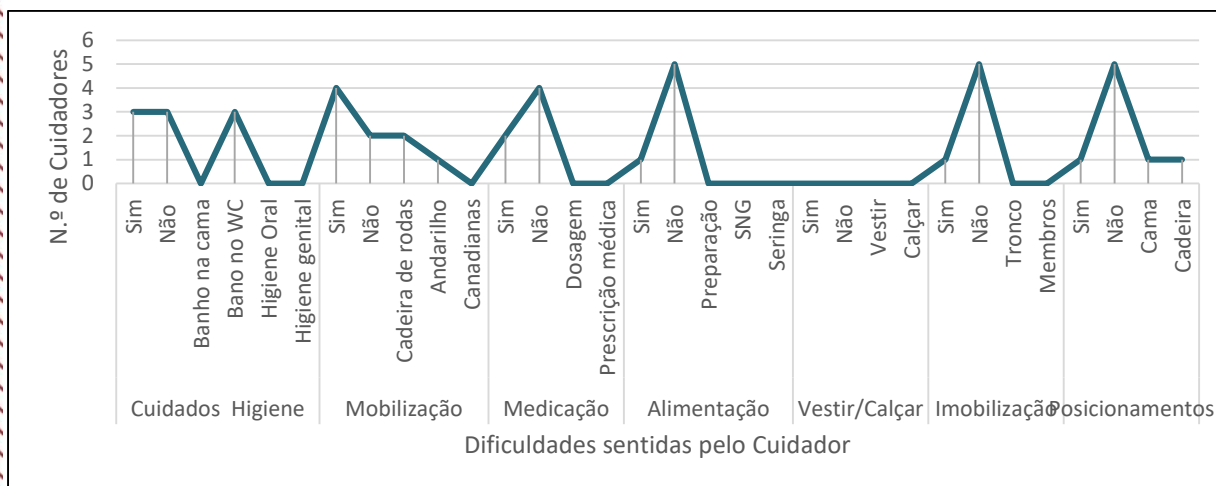


Gráfico 44 – Tipos de dificuldades sentidas (CI)
Fonte: Elaboração própria.

Por fim, face à ocupação de tempos livres dos cuidadores informais, verifica-se que dois optam por ver televisão e um deles realiza ainda outra atividade, dois optam por passear, um prefere ir ao ginásio e um outro realiza outras atividades, tal como se pode ver pelo gráfico 45.

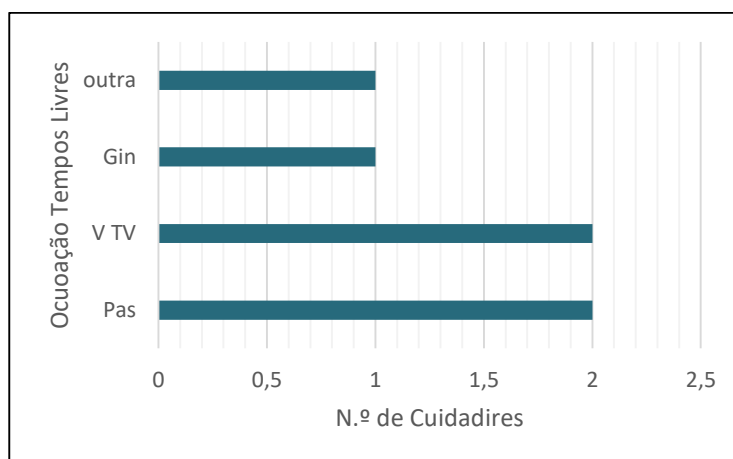


Gráfico 45 – Ocupação de tempos livres (CI)
Fonte: Elaboração própria.

4.8.1. Resultados da Sobrecarga dos Cuidadores Informais

Face à sobrecarga dos cuidadores informais, os resultados indicam que os maiores níveis de sobrecarga são: 4 (sentir-se incomodado pelo modo como o seu familiar se comporta); 5 (sente-se irritado quando está com o familiar); 6 (sente que o familiar afeta as suas relações familiar e social de forma negativa); 8 (sente que o familiar está dependente de si); 9 (sente-se

constrangido quando está ao pé do seu familiar); 10 (sente a sua saúde prejudicada); 11 (sente que não dispõe de tanta privacidade).

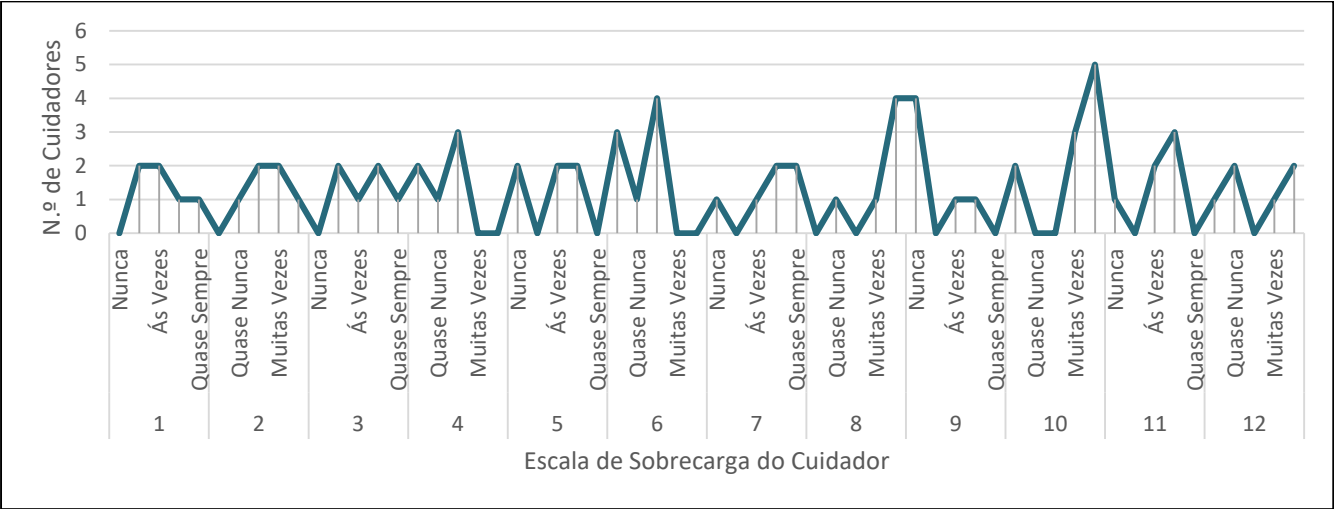


Gráfico 46–Sobrecarga dos cuidadores informais (geral)
Fonte: Elaboração própria.

Os resultados indicam que os cuidadores sentem maior sobrecarga e incómodo pelo modo como o seu familiar se comporta; sentem-se irritados, quando estão com o seu familiar, sentem, ainda, de forma mais acentuada que o familiar afeta as suas relações familiares e sociais de forma negativa, como se pode verificar através da observação do Gráfico 47.



Gráfico 47 – Sobrecarga dos cuidadores informais (questões 1 a 6)
Fonte: Elaboração própria.

Através da observação do Gráfico 48 constata-se que existe maior sobrecarga dos cuidadores informais relativamente por sentirem que o seu familiar está dependente de si; sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar; essencialmente sente que a sua saúde está a ser prejudicada; sente ainda uma grande responsabilidade pela dependência que o seu familiar tem em relação a si. Ao nível da privacidade esta foi afetada tal como a sua vida social.

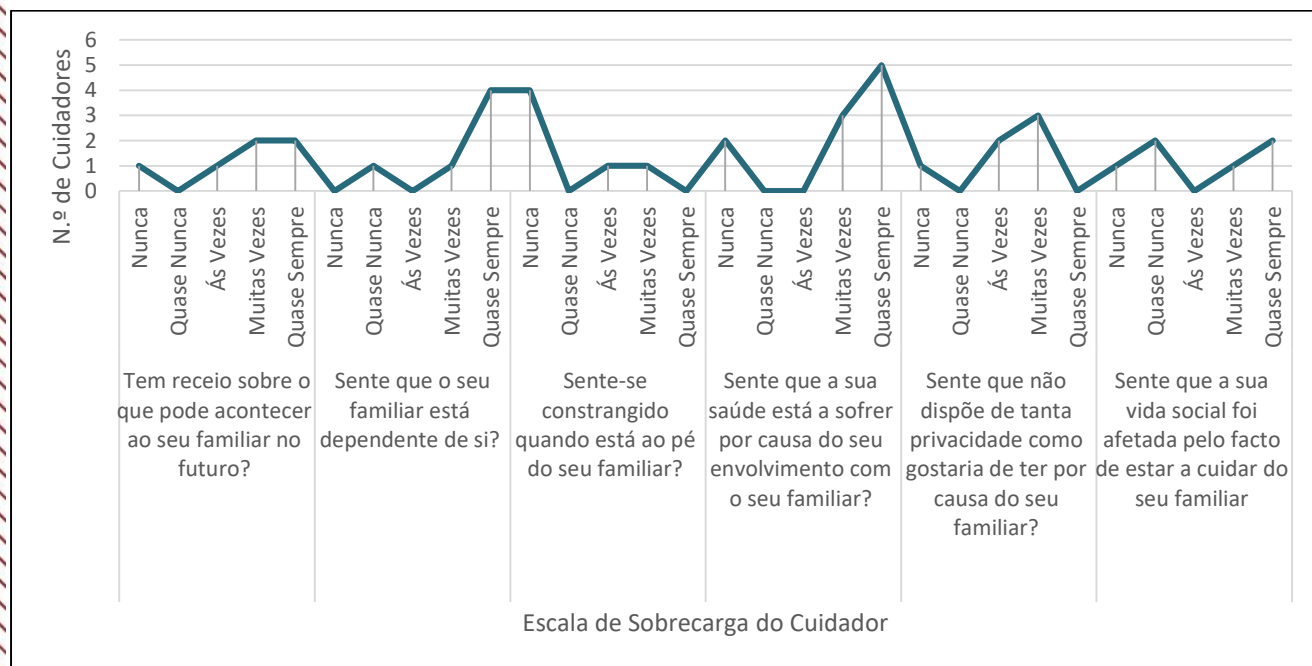


Gráfico 48 - Sobrecarga dos cuidadores informais (questões 7 a 12)

Fonte: Elaboração própria.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

No final da realização de qualquer projeto, deve proceder-se sempre à avaliação do mesmo. Segundo Tavares (1990), a primeira função da avaliação consiste em verificar se houve sucesso na realização de um objetivo, sendo que este julgamento se deve basear em critérios e normas. O autor refere ainda, o que se deve verificar num processo de avaliação é a existência de uma relação entre o projeto que se realizou e os efeitos pretendidos, assim será possível confrontar os objetivos definidos anteriormente, com as estratégias utilizadas de forma a compreender se foram ou não as mais adequadas e se necessário reformular.

5.1. Avaliação dos Objetivos

Neste projeto de intervenção comunitária intitulado de “Avis, Cuidar do Cuidador” cujo o objetivo geral pretende **capacitar (empoderar) os cuidadores informais para o desempenho da sua função.**

A avaliação dos objetivos é feita com base nos indicadores definidos. Nos quadros que se seguem, são apresentados os resultados alcançados nos indicadores de cada um dos objetivos específicos anteriormente definidos.

ObE 1

		Meta	Resultado
ObE 1	Avaliar o nível de sobrecarga nos cuidadores informais	80%	100%
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de cuidadores informais avaliados em Avis} \times 100}{\text{Nº cuidadores informais em Avis}}$		

Quadro 18 - Metas e Indicadores do ObE1- Avaliação
Fonte: Elaboração própria.

Neste primeiro objetivo específico pretendia-se conhecer o nível de sobrecarga nos cuidadores informais de Avis. Este objetivo efetivou-se através da aplicação dos questionários de caracterização dos utentes e dos cuidadores informais. Este questionário foi aplicado a 6 cuidadores informais da freguesia de Avis. Foi aplicada a Escala de Barthel aos 6 utentes, de acordo com a norma nº 054/2011 de 27/12/2011 da Direção-Geral da Saúde, pretendendo-se obter uma medição da autonomia em atividades de vida diárias, foi ainda aplicada, à Escala de Sobrecarga do Cuidador (versão portuguesa), aos respetivos cuidadores principais destes utentes. Posteriormente procedeu-se à sua análise, o que permitiu ter a perceção do nível de dependência dos utentes, bem como o nível de sobrecarga do cuidadores informais.

Através destes dados foi ainda possível concluir que, existem mais aspetos positivos do que aspetos dificultadores com a implementação deste projeto, o que confirma a importância e a mais-valia do mesmo. No entanto, um dos aspetos dificultadores referidos e constatado, foi a disponibilidade do CI, o que veio a confirmar-se. Sugere-se a manutenção do plano de consultas domiciliares de avaliação da situação e prevenção da sobrecarga do cuidador, por parte dos enfermeiros da UCSP. O objetivo específico foi realizada a totalidade das avaliações pelo que se encontra superado.

ObE 2

		Meta	Resultado
ObE2	Avaliar o nível de dependência dos utentes face ao cuidador informal	80%	100%
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de utentes com dependência c/ CI avaliados em Avis}}{\text{Nº de utentes com dependência em Avis}} \times 100$		

Quadro 19 - Metas e Indicadores do ObE2 - Avaliação

Fonte: Elaboração própria.

O segundo objetivo específico, onde se pretendia identificar o nível de dependência dos utentes face ao cuidador informal em Avis e conhecer as suas necessidades, efetivou-se na totalidade através da realização da avaliação de 6 utentes com nível de dependência que necessitam de apoio de cuidador informal. Pelo que o objetivo foi superado. Constatamos que não existe nenhum projeto implementado por parte dos cuidados de saúde de forma a dar resposta às necessidades dos utentes e apoio aos cuidadores informais em Avis.

ObE3

		Meta	Resultado
ObE3	Dotar os cuidadores informais de conhecimentos que facilitem o desempenho da sua função;	95%	100%
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de CI que frequentaram a formação Cuidar do Cuidador}}{\text{Nº de CI existentes em Avis}} \times 100$		

Quadro 20 - Metas e Indicadores do ObE3 - Avaliação

Fonte: Elaboração própria.

O terceiro objetivo específico foi também superado, uma vez que todos os cuidadores informais participaram na formação “Cuidar do Cuidador”. Foram feitas quatro visitas aos cuidadores informais, onde através de um “diálogo” informal e descontraído se foi fornecendo informação aos mesmos. Foram ainda exemplificadas, ajudando o cuidador, algumas técnicas de como transferir o utente, com menor esforço, da cadeira para a cama e vice versa. Também

foram abordadas as temáticas da alimentação, da higiene, utilização do WC, banho, vestir, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e vesical. Na quarta visita e recorrendo à utilização de um computador, foram visualizados os dois Power Point’s utilizados na formação às funcionárias ADI da SCMA.

ObE 4

		Meta	Resultado
ObE4	Dar a conhecer os recursos de apoio ao cuidador disponíveis na comunidade;	90%	100%
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de CI que dispõem de recursos necessários} \times 100}{\text{Nº de CI existentes em Avis}}$		

Quadro 21 - Metas e Indicadores do ObE4 - Avaliação

Fonte: Elaboração própria.

O quarto objetivo específico foi também amplamente superado, uma vez que foi dado a conhecer aos cuidadores informais os recursos de apoio na comunidade, através de diálogo com os mesmos. Relativamente a este objetivo os cuidadores já revelavam bastantes conhecimentos e a maioria deles até já recorria a esses apoios.

ObE 5

		Meta	Resultado
ObE5	Capacitar a equipa ADI para no apoio domiciliário	80%	100%
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de pessoas (ADI) que frequentaram a formação} \times 100}{\text{Nº total de pessoas que integram a equipa ADI}}$		

Quadro 22 - Metas e Indicadores do ObE5 - Avaliação

Fonte: Elaboração própria.

O quinto objetivo específico foi também atingido e até superado, uma vez que todas as funcionárias ADI estiveram presentes, perfazendo um total de 12 participantes. Os temas eram pertinentes e adequados à sua atividade: Complicações Associadas à mobilização inadequada, transferência e posicionamento do idoso; Mobilizar, posicionar e transferir os nossos idosos corretamente. Em relação a este objetivo as funcionárias já demonstravam bastantes conhecimentos e de acordo com a nossa observação no domicílio , revelavam também bastante experiência. Ao longo da realização deste projeto foram sendo realizados vários momentos de avaliação intermédia que permitiram que os objetivos específicos que foram planeados, fossem alcançados.

Para o cumprimento do objetivo geral destaco as reuniões com o orientador de estágio, que ajudaram a definir as linhas orientadoras do projeto e posteriormente colaborar na construção do questionário a ser realizado aos utentes e cuidadores informais.

Contribuíram ainda as várias reuniões realizadas com vários stakeholders de onde se destaca reuniões com equipa de enfermagem da UCSP, inicialmente identificar e fortalecer a área de estudo e posteriormente para apresentar o projeto e decisão do nome que seria dado ao mesmo.. Todos os elementos da equipa puderam dar a sua opinião para que o projeto se adaptasse ao máximo às necessidades dos enfermeiros, e da população-alvo desta UCSP. Para a realização deste trabalho, o planeamento em saúde desenvolveu-se ao longo de três etapas, sendo elas: o diagnóstico da situação; a determinação de prioridades; a fixação de objetivos. Atente-se no cronograma que se segue. Deste modo, foi elaborado um cronograma de atividades, Quadro 23, uma vez que contempla as etapas do projeto com o objetivo de auxiliar a visualização das atividades e a gestão do tempo para a realização das tarefas.

Etapas do Planeamento em Saúde	Maio 2019	Junho 2019	Set. 2019	Out. 2019	Nov. 2019	Dez. 2019	Jan. 2020	Set. 2020
Diagnóstico da situação								
Determinação de Prioridades								
Fixação de objetivos								
Seleção de estratégias								
Preparação operacional								
Execução								
Avaliação								
Elaboração do relatório de Estágio								

Quadro/ Cronograma - 23
Fonte: Elaboração própria

O cronograma permite organizar o projeto e verificar se foram desenvolvidas todas as etapas do mesmo permitindo ainda efetivar o tempo previsto para a sua realização (Schneider & Flach, 2017).

Imperator & Giraldes (1993:154), afirmam que o cronograma apresenta “(...) duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo (dias, meses, etc.) e nas ordenadas as atividades que formam o projeto.”

Em relação ao plano de atividades, pode-se afirmar que foi cumprido tendo em conta o planeamento efetuado.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O percurso ao longo do Mestrado de Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária, permite-nos elaborar uma autorreflexão crítica sobre as competências adquiridas. Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, no seu processo formativo devem desenvolver, adquirir e mobilizar competências que venham a suportar a sua praxis clínica. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

6.1 Competências de Enfermeiro Especialista

A realização do trabalho, tanto de investigação como de intervenção, permitiu o desenvolvimento de competências diversas e as quais são atribuídas ao enfermeiro especialista e se encontram esplanadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Assim, foi possível desenvolver competências ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Responsabilidade e profissional, ética e legal	a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Melhoria contínua da qualidade	a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.
Gestão dos cuidados	a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica .

Quadro 24 – Competências do Enfermeiro Especialista

Fonte: O.E. (2019)

As competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foram adquiridas ao longo dos dois estágios realizados. A componente prática veio complementar a componente teórica abordada previamente, sendo que ambas foram essenciais para a aquisição das várias competências, nomeadamente para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e para a aquisição das competências de mestre.

A responsabilidade profissional, ética e legal, foi uma constante ao longo dos dois estágios realizados, por forma a praticar um exercício profissional, ético e seguro. Ao longo dos dois estágios, enfrentámos algumas situações onde foi necessário tomar decisões do domínio ético, deontológico e legal, gerindo de forma adequada, dentro e fora da equipa, um conjunto de situações que impelem a tomada de decisão com juízo baseado em conhecimentos aprofundados e experiência profissional. Ao longo do projeto de intervenção comunitária, foi necessário liderar eficazmente processos de tomada de decisão com base em princípios ético-deontológicos, sendo necessário dominar elementos de enquadramento jurídico. Refletir em cada tomada de decisão e avaliar a mesma torna-se assim uma constante ao longo do período dos estágios.

Durante o projeto e principalmente na fase da recolha e análise de dados extraídos da comunidade, foi necessário gerir todo esse processo, tratamento e análise dos dados, através da implementação de medidas de prevenção de práticas de risco, analisando com sigilo e de forma fidedigna e responsável toda a informação recolhida. Houve uma constante preocupação em fornecer toda a informação disponível sobre as mais variadas ações, a todos os intervenientes do projeto. Foi sempre assegurada a confidencialidade, segurança e privacidade dos intervenientes do projeto, sendo que todas as ações realizadas foram assentes no respeito pela individualidade

Toda a atividade profissional do enfermeiro especialista profissional é centrada no ser humano, no entanto trabalhar com e para pessoas, requer a todo o instante, decisões que assentem em princípios ético-deontológicos, valores e normas legais, sempre com a constante preocupação de defender e respeitar os direitos humanos. Para que a prática de enfermagem seja realizada respeitando a ética e a deontologia, é preponderante que o enfermeiro especialista detenha conhecimentos sólidos e aprofundados na área da ética e da deontologia profissional.

Por forma a poder melhorar a sua prática e a prestação de cuidados, o enfermeiro especialista deve constantemente avaliar de forma crítica os valores éticos, deontológicos e legais inerentes ao desempenho da sua profissão.

Quando nos centramos profissionalmente no domínio das competências ético-deontológicas, isso leva-nos de imediato a lembrar que todas as ações que o enfermeiro especialista executa, têm de ser da preferência do utente, construindo estratégias em conjunto com este, de forma a resolver os seus problemas, assegurando a todo o instante a sua segurança, privacidade e dignidade.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista, deve assumir um papel dinâmico no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica a nível institucional. Ao nível da prática clínica, é fundamental o estabelecimento de metas que visam alcançar, manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Cabe, ainda, ao enfermeiro especialista elaborar e liderar projetos na área da melhoria contínua da qualidade, intervindo ativamente em todas as fases de execução dos projetos, para isso é necessário que detenha um conjunto de conhecimentos e habilidades avançadas, na área da qualidade e melhoria contínua.

Ao longo dos estágios realizados foi sempre dada uma grande relevância à melhoria e à qualidade, cada atividade desenvolvida foi sempre alvo de uma avaliação crítica, para que fosse possível determinar a eficácia e a eficiência dos resultados advindos dessas mesmas atividades e consequentemente melhorar as próximas ações, maximizando desta forma os resultados obtidos. Todas as decisões e ações em evidências científicas, são uma permissão para a melhoria contínua da qualidade, sendo que o enfermeiro especialista tem de monitorizar e avaliar constantemente todas as suas ações, integrando auditorias clínicas, a fim de avaliar os seus resultados.

Garantir um ambiente terapêutico e seguro na prática clínica, é também uma competência do enfermeiro especialista, que tem o dever de promover um ambiente centrado na pessoa, promovendo o bem-estar e minimizando o risco. Ao longo do projeto cada indivíduo foi sempre visto como um todo único, que se encontra inserido e interligado num meio familiar, comunitário e global.

Ao longo do projeto desenvolvido, foi sempre tida em conta a necessidade de individualizar as atividades, respeitando o ambiente físico, psicossocial, espiritual e cultural onde a comunidade se inseria, respeitando assim a sua identidade. Cada indivíduo foi visto como um todo único, que se encontra inserido e interligado num meio familiar, comunitário e global.

Para que se consiga concretizar o projeto é preciso prever gastos, diminuir riscos, neste projeto foi elaborada uma previsão de recursos e uma estimativa de custos.

Ao nível do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista detém competência para gerir os cuidados de enfermagem, potenciando as ações no seio da sua equipa de enfermagem em articulação com os demais profissionais de saúde, certificando a segurança e qualidade dos cuidados prestados e por si delegados. O enfermeiro especialista, detentor de conhecimentos especializados, têm o dever de aconselhar não só os enfermeiros, mas toda a equipa de saúde, com base nesses mesmos conhecimentos e na sua experiência profissional, participando ativamente nos processos de tomada de decisão e interligando entre si os enfermeiros e os restantes profissionais da equipa, proporcionando ao utente, cuidados diferenciados em múltiplas áreas do conhecimento.

Ao longo do projeto de intervenção comunitária e em virtude da equipa UCSP se encontrar carenciada de pessoal não se procedeu à delegação de tarefas, apesar de existirem vários profissionais de saúde envolvidos no projeto.

Devemos no entanto estar conscientes que o enfermeiro, por si só, não detém conhecimentos científicos especializados em todas as áreas do conhecimento, devendo por isso ter a capacidade de referenciar para outros profissionais especializados quando for necessário. No projeto desenvolvido, foi possível integrar na equipa de trabalho os enfermeiros UCSP, apesar da carência de pessoal, como atrás se referiu. Nesta mesma equipa também estava integrada a Diretora da SCMA e as funcionárias que prestam apoio ADI, aos cuidadores informais.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista tem competência para desenvolver o seu autoconhecimento e melhorar a capacidade de se exprimir de forma direta, frontal e sem hesitação, demonstrando com segurança os seus conhecimentos científicos.

As várias experiências ao longo dos estágios, desenvolveram o nosso autoconhecimento enquanto pessoa e enquanto profissional de enfermagem.

Toda a componente teórica apreendida, foi fundamental para que ao longo do projeto, a prática clínica fosse baseada em evidência científica, unindo a prática e a teoria num só, em direção à excelência dos cuidados prestados. Todo o projeto, todas as intervenções, todas as decisões tiveram na sua base a pesquisa de conhecimentos com evidência científica, conhecimentos atuais, válidos e pertinentes. Todas as atividades realizadas com a população-alvo, incluindo as sessões de educação para a saúde, tiveram como ponto de partida a pesquisa de conhecimentos científicos que comprovassem a sua eficácia.

As competências acima mencionadas, foram adquiridas através de várias atividades desenvolvidas ao longo do estágio, nomeadamente:

- Realização de várias visitas domiciliárias aos cuidadores informais;
- Procurar conhecer a realidade dos cuidadores informais;
- Combater o isolamento dos cuidadores informais;
- Trocar ideias e partilhar conhecimentos de forma informal com outros colegas;
- Realização de atividades que visam capacitar o cuidador e os funcionários da SCMA, visando um melhor desempenho por parte destes.

6.2 Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Relativamente às **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**, “Estabelece, com base na metodologia do **Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19355). Durante os dois estágios por nós realizados, houve sempre a necessidade de planear. É imperativo o enfermeiro especialista nesta área específica do conhecimento seguir as diferentes etapas da metodologia do planeamento em saúde, onde deve considerar a complexidade das várias necessidades de saúde da população com que está a trabalhar. No início do primeiro estágio, foi realizada uma reunião com o Responsável de Enfermagem da UCSP, o enfermeiro que iria orientar o nosso estágio, e foi identificada uma população. A de cuidadores informais, foi feita uma pesquisa no S-Clínico e constatou-se que no concelho em estudo existiam cerca de 23. O enfermeiro especialista tem a obrigação sempre que possível de comprovar cientificamente, através de números, por exemplo, os problemas reais da população. Constatou-se assim a necessidade de intervenção a esse nível. Procedeu-se então a um Diagnóstico de Saúde, tendo-se concluído que a população do concelho de Avis é bastante envelhecida. E que o número de cuidadores referenciados é um pouco elevado. Era

então importante realizar um estudo a essa população, a fim de aferir as suas reais necessidades em saúde.

Foi interessante analisar a influência dos vários determinantes de saúde, nas necessidades apuradas. A pesquisa realizada sobre os vários indicadores epidemiológicos, também enriqueceu o diagnóstico de saúde. É muito importante que o enfermeiro especialista se empodere de conhecimentos aprofundados e sólidos, sobre aquilo que já se conhece sobre o estado de saúde de uma determinada comunidade, a fim de poder estabelecer relações e causas ao longo dos programas de saúde.

Após a realização do diagnóstico de saúde, foi possível verificar que a população selecionada apresentava necessidade de intervenção em vários domínios do seu estilo de vida.

A formulação dos objetivos é outra etapa da metodologia do planeamento em saúde que foi realizada e que levou à seleção de estratégias. A monitorização e avaliação do projeto, foram realizadas de forma constante, permitindo detetar precocemente erros e melhorar qualquer etapa da metodologia do planeamento em saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19356). Após a realização dos estágios, é possível referir que se conseguiu empoderar os cuidadores informais e também as funcionárias ADI da SCMA, por forma a alargarem o seu leque de conhecimentos e desenvolverem as suas atividades de cuidadores com mais eficácia, eficiência e menor esforço. Foi um desafio bem conseguido liderar todo este processo comunitário, com o objetivo geral de capacitar os cuidadores na sua ingrata e difícil tarefa.

Para que fosse exequível desenvolver e aplicar na prática o projeto de intervenção comunitário, houve a necessidade de criar uma parceria com a SCMA e a CMA, que forneceu suporte e apoio durante o projeto.

Ao longo do Ensino Clínico houve sempre a grande preocupação na promoção de atividades que promovessem a capacitação dos cuidadores, como já se referiu, mas ao mesmo tempo que não se percam os conhecimentos e empoderamento adquiridos. Mas que exista sim uma, continuidade e uma transmissão futura dos mesmos. Pretende-se que este projeto não tenha terminado com o fim do estágio, que ele tenha sido a base para a diminuição da Sobrecarga dos Cuidadores Informais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública **“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19356), como especialista na área comunitária, o enfermeiro tem o dever de na sua prática profissional, participar nas várias etapas dos projetos e programas de saúde, que se inserem nos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O projeto desenvolvido, alinha-se com os objetivos do Plano Nacional de Saúde e com os programas que conduzem à concretização dos seus objetivos. Uma vez que foram postas em prática atividades de modo a contribuir para alcançar os objetivos incorporados em vários programas de saúde, a otimização e maximização de recursos foi sempre necessária e constante, tendo sido um desafio.

Relativamente à área do conhecimento especializado em saúde comunitária e saúde pública, o enfermeiro especialista **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357), uma vez que a vigilância ativa dos indicadores epidemiológicos da população, é de extrema importância para se poder compreender com mais clareza, os fenómenos de saúde/doença que ocorrem numa determinada população. O enfermeiro tem o dever de estar desperto para dados epidemiológicos da população que se encontra na área geográfica de abrangência da sua prestação de cuidados, mas também para os dados das demais áreas geográficas a nível nacional e mundial, a fim de os poder analisar e correlacionar entre si, verificando a existência ou não de fatores e causas que podem interferir nos fenómenos que podem por em causa a saúde pública da população.

Conseguiu-se alcançar esta competência uma vez que foi realizado o estudo das reais necessidades de saúde da população de cuidadores informais, através de amostra, tendo sido por esse motivo realizada a vigilância epidemiológica, isto é, do estado de saúde/doença da população em questão.

Com base em todas as experiências e desafios anteriormente referidos, é possível assumir que as competências de enfermeiro especialista sendo “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” foram alcançadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Em complementaridade com as competências comuns do enfermeiro especialista, encontram-se as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, tendo este, a partir do seu conhecimento e prática clínica, um entendimento profundo e complexo sobre as respostas do ser humano aos processos de saúde/doença, bem

como, a capacidade de responder de forma adequada às necessidades das pessoas, grupos ou comunidades, contribuindo efetivamente para promoção da saúde e para os ganhos em saúde. Estas competências foram adquiridas ao longo dos estágios, juntamente com a componente teórica que foi adquirida anteriormente ao início dos mesmos.

A realização do artigo “*CUIDAR DO CUIDADOR*” *Revisão Integrativa da Literatura*, também constituiu um momento que permitiu desenvolver competências específicas (Anexo 6).

6.3 Competências de Mestre

Ao grau de mestre estão agregadas novas competências, como gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências, integrar equipas multidisciplinares de forma proactiva, contribuir para a investigação, promover a prática de enfermagem baseada na evidência, realizar projetos de intervenção e investigação comunitária, colaborar em políticas de saúde e administração em saúde geral e enfermagem em particular.

Este relatório permitiu desenvolver competências já adquiridas e adquirir novas, nomeadamente ao nível da enfermagem comunitária e de saúde pública, mas também ao nível de uma população muito específica (os idosos e os cuidadores informais).

Além disso, também se adquiriram competências no que diz respeito à investigação (não só através deste trabalho, como do artigo realizado anteriormente) e de competências que continuam a ser essenciais para um profissional de enfermagem.

Além das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, foram ainda desenvolvidas outras para atribuição do grau de mestre, adquiridas ao longo de todo o nosso percurso da especialidade. A aquisição destas competências possibilitam o desenvolvimento de conhecimentos para resolver problemáticas que surgem diariamente no nosso quotidiano profissional, pessoal e académico. Através deste projeto de intervenção comunitária, pretende-se dar respostas às necessidades de saúde de uma população, empoderá-la, capacitá-la para realizarem a sua árdua missão com mais eficiência, menor esforço e proporcionar através da educação para saúde a tomada de decisões responsáveis. Assim julgamos, desta forma, que reunimos os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre, com a discussão pública deste relatório.

Ao longo deste percurso académico, foram desenvolvidas e adquiridas competências de especialização, que vão desde os aportes teóricos fornecido pelas unidades curriculares do curso, (que foram fundamentais para adquirir e aprofundar conhecimentos), bem como dos

estágios curriculares, que permitiram a aplicação na prática clínica das aprendizagens apreendidas

Para a implementação do projeto de intervenção e ao longo do curso, o processo de revisão da literatura e investigação foram uma constante. Na produção dos trabalhos de carácter académicos, como na concretização do projeto de intervenção, foi necessário recorrer á fundamentação teórica baseada na evidência científica mais atualizada de acordo com a legislação vigente e políticas de saúde para suportar as intervenções, a tomada de decisão e garantir a excelência dos cuidados prestados.

No âmbito da seleção do referencial teórico que suporta as intervenções que se pretendem realizar, foi adotado o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, que permitiu o desenvolvimento de competências na adoção de um modelo conceptual de enfermagem de suporte a prática de enfermagem. No entanto adptámos também o modelo conceptual de Virgínia Henderson que é uma defensora de uma prática de enfermagem que visa ajudar o doente, mas também pessoas saudáveis a adotarem comportamentos e realizarem atividades que contribuem para a sua recuperação.

Relativamente ao contexto profissional, estabeleceu-se uma relação comunicacional e de ajuda aos cuidadores informais a expressão de sentimentos, ansiedades, emoções e necessidades. Tal possibilitou, efetuar uma avaliação mais detalhada do individuo e a promoção da educação, facilitando o processo de mudança de comportamentos. O estabelecimento de diálogo com a equipa UCSP e parceiros a realização das reuniões revelaram-se fulcrais no desenvolvimento do projeto e no sentimento de pertença à equipa.

Todo este percurso foi enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional, uma vez que adquiri novos conhecimentos para o início do meu percurso como Enfermeiro Especialista e Mestre. Adquiri também habilidades, que me irão permitir lidar com um conhecimento fundamentado e documentado com situações do quotidiano. Considero-me, desta forma melhor preparado para compreender as problemáticas e dificuldades dos cuidadores informais, conseguir minimizá-las, corresponder às suas expetativas e auxiliá-los na resolução dos seus problemas.

CONCLUSÃO

Chegados ao fim deste estudo constatámos que, na grande maioria dos casos, são os familiares, nomeadamente os cônjugues e os filhos, que assumem o papel de cuidador informal, alguns dos quais já apresentam uma idade bastante avançada, residem com a pessoa de quem cuidam; apresentam baixa escolaridade; prestam cuidados durante quatro ou mais horas; auferem, potencialmente, baixos rendimentos. Neste estudo a grande maioria dos cuidadores são do sexo feminino. A maioria deles inicia esta “função” interiorizando que a mesma é uma “obrigação”. Constatámos que os cuidadores informais sentem inúmeras dificuldades na realização da sua ingrata tarefa, quer ao nível de atividades que envolvam mobilização, transferências e ajuda com as AVD da pessoa que cuida. Ou seja, tudo aquilo que requeira força física, mas também conhecimentos científicos. Os cuidadores informais desempenham um importante papel, por vezes não reconhecido e como tal deveriam ter um maior apoio, quer a nível económico, quer da sua saúde física e mental. A SCMA, tal como a UCSP, presta um precioso apoio a este grupo, aos mais diversos níveis.

Podemos ainda concluir que através da continuidade deste Projeto e do acompanhamento que se dá aos cuidadores se obtêm ganhos em saúde, pois o utente permanece no seu lar, evitando-se assim a institucionalização dos mesmos e os consequentes riscos inerentes à mesma essa. O idoso no seu lar sentirá uma sensação de conforto e segurança, terá um maior contacto com os seus familiares, diminuirá a sua ansiedade, experimentará maior segurança nos cuidados que lhe são prestados. Pretendemos, ainda com este projeto a promoção da qualidade de vida do idoso. No entanto é importante que o cuidador recorra aos apoios sociais existentes.

Na maioria dos casos os conhecimentos adquiridos pelos cuidadores informais é feito de forma empírica e através da imitação daquilo que observam aquando da visita das equipas da SCMA, UCSP.

É necessário permanentemente facultar informação e conhecimentos para conseguirem de forma eficiente e com menor esforço cuidar do seu familiar, se bem que por vezes sejam renitentes na adoção de novos conhecimentos e atitudes. No entanto é muito importante a realização de projetos nesta área, de forma a conseguirmos um eficiente e eficaz acompanhamento do cuidador, estando na maioria dos casos as atenções centradas no bem estar do utente e não do cuidador. É também muito importante evitar um dos seus maiores inimigos dos cuidadores informais: a solidão.

Consideramos que a concretização deste relatório e do projeto, proporcionou momentos de aprendizagem e motivação tanto a nível pessoal como profissional, que permitiu o desenvolvimento de relações mestrando / utentes o que seria de esperar. Julgamos através

projeto proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas, grupos e comunidades de quem cuidamos e principalmente ter contribuído na capacitação e empoderamento destes cuidadores informais. Este projeto, apresenta no entanto limitações, para poder continuar com êxito e sucesso seria necessária a existência de mais elementos na equipa de Enfermagem UCSP e a existência de um maior número também de funcionárias da SCMA, que prestam ADI.

Como futuro enfermeiro mestre e especialista e a exercer à cerca de trinta anos de serviço, nos Cuidados de Saúde Primários, pretendemos melhorar a qualidade de vida das populações de quem cuidamos e garantir cada vez mais uma melhor prestação dos cuidados de enfermagem. Para isso iremos sempre aplicar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, capacitar grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, realiza e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Só com a aplicação destas competências científicas os cuidados de saúde primários continuarão a ter uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, mas essencialmente uma significativa relevância, na sua prevenção. Ao efetuar este relatório concluímos que é, cada vez mais, importante o investimento na formação e na investigação pois estas permitem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a excelência profissional. A formação por nós adquirida, foi considerada uma necessidade e uma mais valia, pelo que iremos incentivar os colegas mais jovens para a frequência de uma especialidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anjos, K., Boery, R., & Pereira, R. (2014). Qualidade de Vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), 600-608.
- Araújo, A. (2015). *Sobrecarga e Satisfação com o Suporte Social do Cuidador Informal do Idoso no Concelho de Vila Nova de Famalicão*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ascensão, H. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doente de Alzheimer – APFADA. (2004). *Silêncio da memória. O (des) conhecimento da doença de Alzheimer em Portugal*. Lisboa: Permanyer.
- Brito, L. (2002). *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Caldas, C. (1995). Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Revista de Enfermagem*, 2(3).
- Câmara Municipal de Avis (2013). Avis. Disponível em: http://www.cm-avis.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=363&Itemid=856.
- CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Cerqueira, M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 127-136.
- Diagnóstico Social Avis (2018) Câmara Municipal de Avis.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ferreira, I. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Dissertação de Mestrado. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi editores.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gemito, M. (2015). O Quotidiano dos Cuidadores Informais de Idosos. *RIASE*, 1(2), 139-144.
- Gomez, Marcelo M. (2006): "Introducción a la Metodología de la Investigación Científica". Edit. Brujas. Córdoba, Argentina
- Guerra, M. (2012). Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2.
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Henderson, V. & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing*. Nova York: Macmillan Publishing CO., INC.
- Hooyman, N. & Kiyak, H. (2011). The importance of social supports: Family, friends, neighbors, and communities. In Hooyman, N. & Kiyak, H. (Orgs.), *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective* (pp. 339-391). Boston: Pearson.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Censos 2011*. Lisboa: INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Kérouac, S. (2002). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Kiecolt-Glaser, J., Dura, J., Speicher, C., Trask, O. & Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 5(4), 345-362.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 15-28.
- Kiecolt-Glaser, J., Preacher, K., MacCallum, R., Atkinson, C., Malarkey, W. & Glaser, R. (2003). Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(15), 9090-9095.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a Idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Orgs.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimentos*. Coimbra: FCT.

- Liu, W. & Gallagher-Thompson, D. (2009). Impact of dementia caregiving: risks, strains and grows. In S. Qualls & S. Zarit (Eds.), *Aging families and caregiving*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Luders, S. & Storani, M. (1999). *Demência: impacto para a família e a sociedade*. In Papaléo Netto, M. (Ed.), *Gerontologia* (pp. 146-159). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, T & Garrett, JP. (2003). Estudo de validação do questionário de sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In Paúl., C. & Fonseca, A. (Orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 179-201). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martín, I., Paul, C. & Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de sobrecarga do cuidado informal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 3-9.
- McCullagh, M. (2009). Health Promotion. In Peterson, S. & Bredow, T. (Eds.), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research* (pp. 3-45). Philadelphia: Wolters kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Michal, M. (1995). *Stress, 2 origens*. Amadora: Edições Roche.
- Monis, C. (2005). Sobrecarga do Cuidador Informal. *Informar*, 11(35), 49-56.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Moniz, J. (2008). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Loures: Lusociência.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar – uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: FORMASAU.
- Neto, F. & Monteiro, H. (2008). *Universidade da Terceira Idade: Da Solidão á Motivação*. Porto: Livpsi.
- Nina, E. & Paiva, C. (2001). Idosos Rurais e urbanos: Estudo comparativo. *Geriatrics: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 14(138), 9-32.
- O' Brien, 2000; Weitzner *et al.*, 2000)
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 428/2018*. Diário da República n.º 135, 2.ª Série.

- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26, 2.ª Série.
- Organização das Nações Unidas (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. New York: ONU.
- Organização das Nações Unidas (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. New York: ONU.
- Pais, R. (2014). *Cuidar de Quem Cuida: Um olhar sobre o Serviço de Apoio Domiciliário Junto do Cuidador Informal do Idoso*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pender, N. (2011). *Heath Promotion Model Manual*. Michigan: University of Michigan.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- PORDATA (2015). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-512>.
- PORDATA (2017a). *Indicadores de envelhecimento do sexo masculino*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+do+sexo+masculino-3373>.
- PORDATA (2017b). *Indicadores de envelhecimento do sexo feminino*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+do+sexo+feminino-3372>.
- PORDATA (2018). *Indicadores de envelhecimento*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- PORDATA (2020). *Índice de envelhecimento*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.
- Ramos, C. (2012). *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Robalo, M. (2010). *Perdão e Esperança na Promoção da Saúde Mental do Sénior*. Dissertação de Mestrado. Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

- Rocha, M. & Pacheco, J. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Ata Paulista de Enfermagem*, 50-56.
- Santos, M. (2006). *Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, P. (2002). *A Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Saraiva, D. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador – Volume I*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa e Porto: Lidel.
- Serafim, F. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*. Dissertação de Mestrado. Algarve: Universidade do Algarve.
- Serrão, D. (2006). *Seniores: um novo estrato social*. In *Intervenção Social. Saberes e contextos*. Porto: Edição da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: SNS.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Lisboa: Lusociência
- Silva, A. & Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 745-753.
- Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigações, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Os cuidados familiares na velhice. Porto: AMBAR.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Lisboa: Lusociência
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

- Teixeira, A. *et al.* (2017). Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais – Documento Enquadrado, Perspetiva Nacional e Internacional. Disponível em: [cdn.impresa.pt>Doc_Cuidador_Informal_VF.pdf](https://cdn.impresa.pt/Doc_Cuidador_Informal_VF.pdf).
- Tomey, A. (2002). Virginia Henderson - Definição de enfermagem. In Tomey, A. & Alligood, M. (Orgs.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (pp. 111-126). Loures: Lusociência.
- Vilela, A. et al. (2006). Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1).
- Visitar Portugal (2020). Avis (Concelho). Disponível em: <https://www.visitarportugal.pt/d-portalegre/c-avis>.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Caracterização Geral dos Utentes

Data ____/____/ 2019 DD/MM/AAAA)

Número do questionário: _____

Questionário Geral

Caraterização do utente dependente:

1) *Idade do utente:* _____

____ 20- 30 Anos

____ 31- 40 Anos

____ 41- 50 Anos

____ 51- 60 Anos

____ 61- 70 Anos

____ 71- 80 Anos

____ 81- 90 Anos

2) *Género do*

Utente: Masculino _____

Feminino: _____

3) *Contexto em que vive*

____ Sozinho

___ Com a família (em casa de familiares)

___ Com a família (em sua casa)

Outro: _____

4) **Grau de dependência:** _____

___ Totalmente dependente

___ Parcialmente dependente

___ Independente

Anexo 2 – Escala de Barthel

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Anexo 3 – Questionário de Caracterização Geral dos Cuidadores Informais

1. Concelho Avis:

Freguesia Avis

2. Género do cuidor:

Masculino ☐

Feminino: ☐

3. Idade:

☐ 20- 30 Anos

☐ 31- 40 Anos

☐ 41- 50 Anos

☐ 51- 60 Anos

☐ 61- 70 Anos

☐ 71- 80 Anos

☐ 81- 90 Anos

4. Habilitações Literárias

☐ Não frequentou o ensino formal (Analfabeto)

☐ 1º Ciclo básico (4ª classe)

☐ 2º Ciclo básico (5º e 6º ano)

___ 3º Ciclo básico (7, 8 e 9º ano)

___ Ensino Secundário

___ Ensino Superior

5. Situação profissional

___ Empregado a tempo interior

___ Empregado a tempo parcial

___ Reformado por invalidez

___ Reformado por velhice

___ Desempregado

___ Estudante

Outro: _____

6. Relação com a pessoa que presta cuidados

___ Conjugue

___ Filho/a

___ Irmão/ irmã

___ Genro/nora

___Amigo/a

___Neto/a

___ Sobrinho/a

___ Vizinho

Outro:_____

7. Coabita com a pessoa idosa dependente?

___sim

___não

8. Distância entre si e a pessoa a quem presta cuidados

___ Vive na mesma casa

___ Vive no mesmo bairro / mesma rua

___ Vive na mesma terra (a menos de 10 km)

___ Vivem em terras próximas (menos de 30km)

___ Vive a mais de 30km

Outra:_____

9. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

___ Entre 6 meses e 1 ano

___ 1 Ano a 2 anos

___ Entre 3 anos a 5 anos

___ Mais de 5 anos (especificar quantos anos _____)

10. Mais alguém colabora com esta tarefa?

___ Sim

___ Não

Se sim. Quem? _____

11. Qual a periodicidade que presta o cuidado?

___ Até 8 horas por semana

___ 9 a 20 horas por semana

___ 21 a 40 horas por semana

___ Mais de 41 horas por semana

___ Cuidado permanente

12. O fator de ser prestador de cuidados informais trouxe algum problema?

___ Sim

___ Não

12.1. Se sim, qual?

___ Deixou de trabalhar

___ Deixou de ter vida própria

___ Teve conflitos com familiares

___ Deixou de casar

___ Deixou de estudar

___ Tem falta de tempo

___ Tem falta de espaço

___ Não se sente capaz

Outra: _____

13. O papel de prestador de cuidados informais é:

___ Uma opção

___ Uma obrigação

Outra: _____

14. Sente falta de apoio?

Sim_____

Não_____

14.1. Se sim que tipo de apoio:

____ Financeiro

____ Emocional

____ Logístico (ex., cama articulada)

____ Domiciliário (ex. cuidados de higiene)

15. Se é importante a intervenção/ apoio da UCSP para si?

____ Sim

____ Não

Quais as dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados?

Cuidados de higiene Sim ____ Não ____	____ Banho na cama ____ Banho no WC ____ Higiene oral ____ Higiene genital
Mobilização Sim ____ Não ____	____ Cadeira de rodas ____ Andarilho ____ Canadianas
Medicação Sim ____ Não ____	____ Dosagem ____ Prescrição médica
Alimentação Sim ____ Não ____	____ Preparação ____ SNG ____ Seringa
Vestir/ Calçar Sim ____ Não ____	____ Vestir ____ Calçar
Imobilização Sim ____ Não ____	____ Tronco ____ Membros (quais _____)

Posicionamentos	<input type="checkbox"/> Cama
Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cadeira
Não <input type="checkbox"/>	

O que gostam de fazer os tempos livres

☐ Passear

☐ Ver televisão

☐ Ir ao ginásio

Outra: _____

Anexo 4 – Escala da Sobrecarga do Cuidador

		Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Mui- tas	Quase sempre
					vezes	
1	Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	1	2	3	4	5
2	Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	1	2	3	4	5
3	Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	1	2	3	4	5
4	Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	1	2	3	4	5
5	Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	1	2	3	4	5
6	Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com ami-				4	

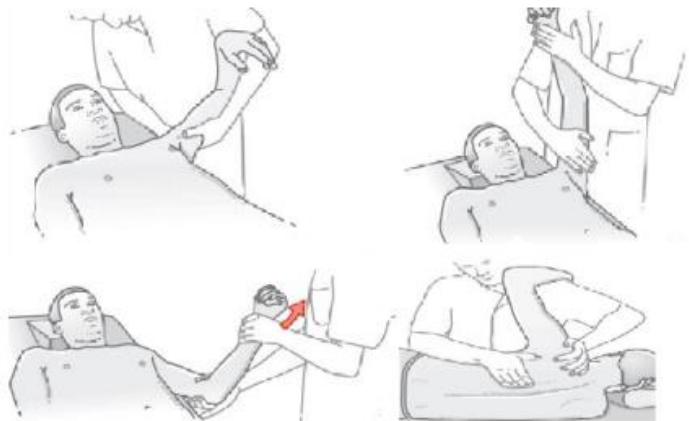
		1	2	3	4	5
	gos, de forma negativa					
7	Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu	1	2	3	4	5
	familiar no futuro?					
8	Sente que o seu familiar está dependente de	1	2	3	4	5
	si?					
9	Sente-se constrangido quando está ao pé do	1	2	3	4	5
	seu familiar?					
1	Sente que a sua saúde está a sofrer por causa	1	2	3	4	5
0	do seu envolvimento com o seu familiar?					
1	Sente que não dispõe de tanta privacidade	1	2	3	4	5
1	como gostaria de ter por causa do seu familiar?					
1	Sente que a sua vida social foi afetada pelo					
		1	2	3	4	5

Anexo 5- Apresentações Realizadas



1. Mobilização

- Manipulação dos diferentes segmentos corporais (musculares e osteoarticulares), com especial atenção às suas amplitudes naturais.



Fonte: <https://www.doccity.com/pt/mp-mobilizacao-passiva/5064842/>

2.Posicionamento

- Postura correta de repouso, que permite um adequado alinhamento dos diferentes segmentos do corpo, de forma a garantir a integridade e o equilíbrio músculo-esquelético com o mínimo dispêndio de energia.



Fonte: <https://www.shutterstock.com/file/mip-mobilizacao-geriatria/5264842/>

3.Consequências da Imobilidade

- O compromisso da mobilidade física, relacionada com a doença/ traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas.

Respiratório

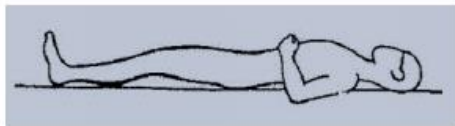
Cardiovascular

Tegumentar

Musculo -
Esqueléticas

3. Consequências da Imobilidade

Sistema Respiratório



☐ Posição Dorsal

☐ Expansibilidade Torácica Reduzida.



☐ Posição Lateral

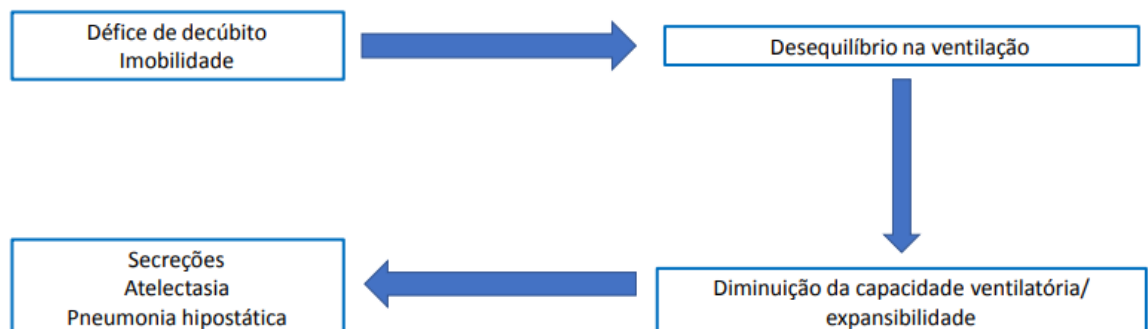
☐ Pulmão inferior tende a ter maiores dificuldades nas suas funções.



Fonte: www.enfermagemonline.com.br/2012/5/tema/posicoes-corpo-e-estatamentos-afet/

Alterações do Sistema Respiratório

3. Consequências da Imobilidade



3. Consequências da Imobilidade

Sistema Cardiovascular

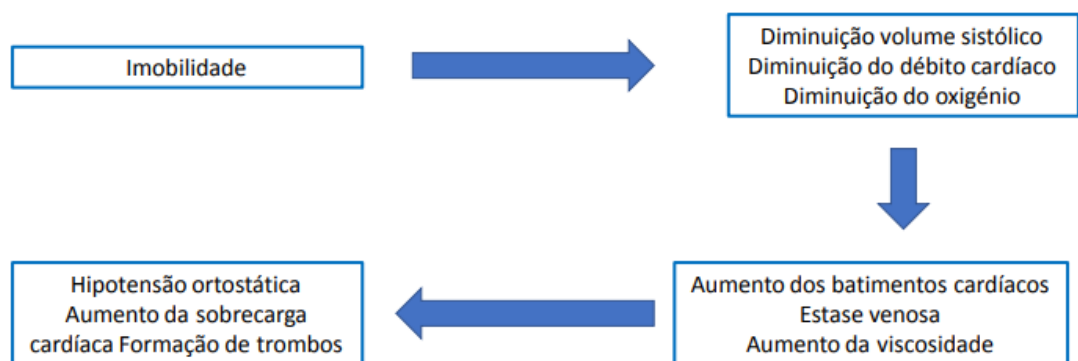
- Na pessoa submetida a imobilidade, ocorre um decréscimo de volume líquido circulante, concentração de sangue nas extremidades inferiores e diminuição da resposta autónoma. Esses fatores resultam no défice do retorno venoso, seguido de decréscimo do débito cardíaco, que se reflete numa diminuição da pressão arterial.



Fonte: <https://www.ardianmed.com.br>

3. Consequências da Imobilidade

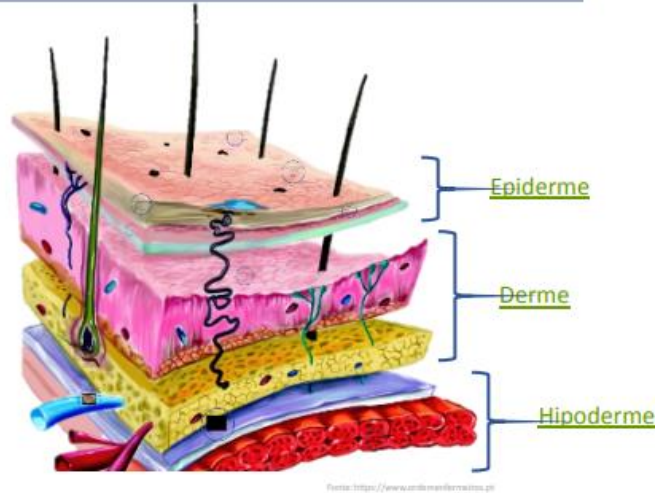
Alterações Cardiovasculares



3. Consequências da Imobilidade

Sistema Tegumentar

- A inatividade provoca um aumento do tempo de contacto direto da pessoa com as superfícies de apoio (cama, almofada, cadeiras, entre outras), provocando um aumento da pressão direta não aliviada sobre os tecidos moles, forças de fricção e deslizamento, o que pode condicionar o aparecimento de úlceras de pressão.

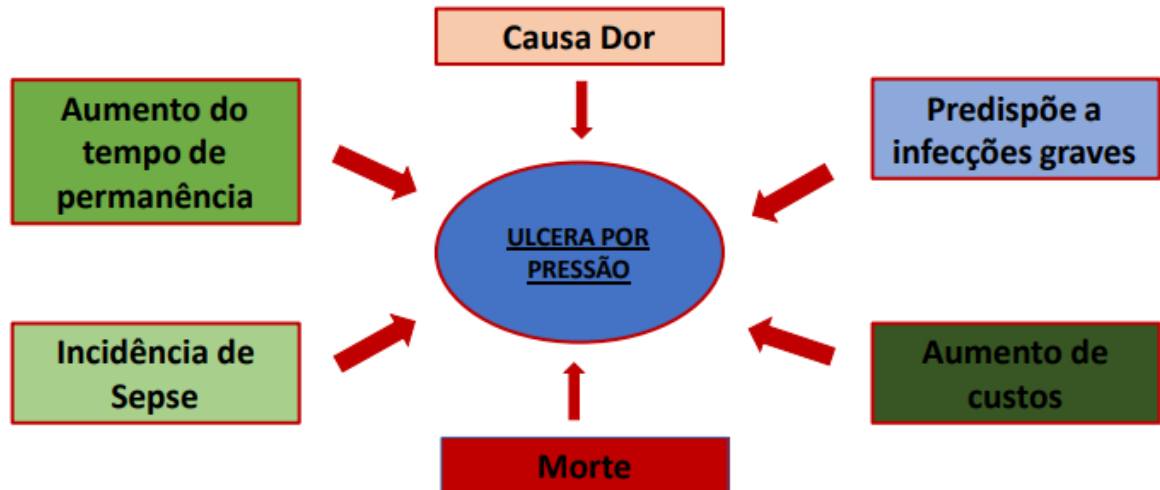


3. Consequências da Imobilidade

Sistema Tegumentar

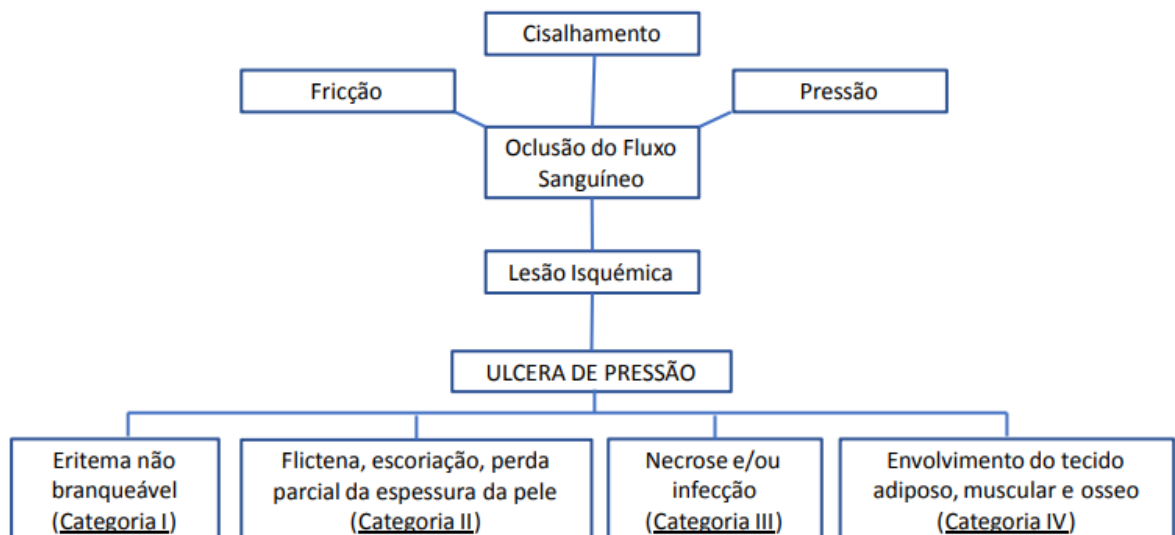
- De acordo com o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 2009) uma úlcera de pressão «é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção».

3. Consequências da Imobilidade



3. Consequências da Imobilidade

Alterações Tegumentares



3. Consequências da Imobilidade



Fontes: a

3. Consequências da Imobilidade



Eritema não branqueável
(Categoria I)

3. Consequências da Imobilidade



Flictena, escoriação, perda parcial da espessura da pele (Categoria II)

3. Consequências da Imobilidade



Necrose e/ou infecção (Categoria III)

Fonte: www.npuap.org

3. Consequências da Imobilidade

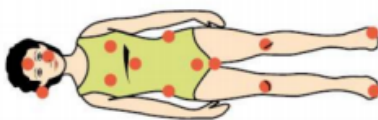


Envolvimento do tecido
adiposo, muscular e ósseo
(Categoria IV)

Fonte: [arsalgarve.min-sa](http://www.arsalgarve.min-sa)

3. Consequências da Imobilidade

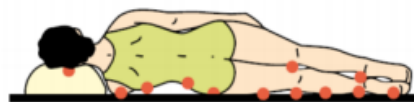
Locais mais propícios a desenvolverem-se UPP (Úlceras por pressão)



Decúbito Ventral



Decúbito Dorsal



Decúbito Lateral



Posição de Sentado

Fonte: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/>

3. Consequências da Imobilidade

Posicionamentos correctos a adoptar



Decúbito Dorsal



Decúbito Ventral



Decúbito Lateral



Posição de Sentado

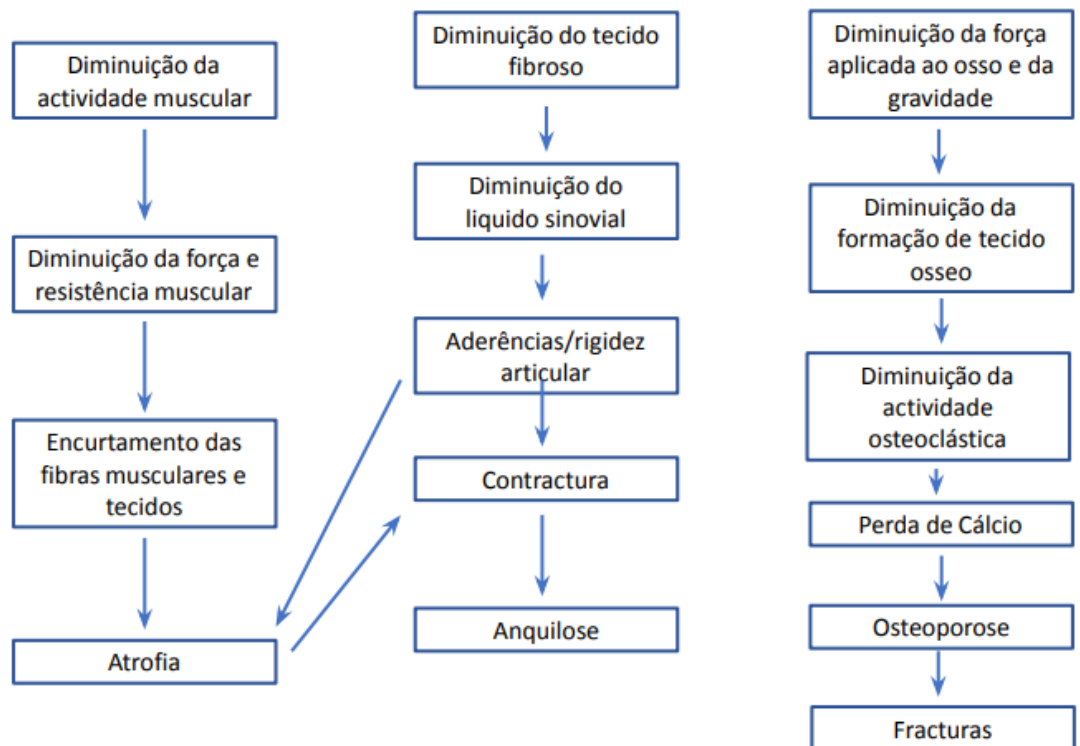
Fonte: <http://www.avisgarva.min-saude.pt/>

3. Consequências da Imobilidade

Sistema Músculo - Esquelético

- O sistema músculo-esquelético é, habitualmente, o mais afetado com as alterações da mobilidade, ocorrendo uma diminuição da contração muscular, perda de força e da massa muscular, atrofia, contraturas e osteoporose.

Alterações músculo-esqueléticas



3. Consequências da Imobilidade



Bibliografia

- <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/UP.pdf> (Úlceras de Pressão Atuação na Prevenção e Tratamento, 2017, acedido a 13/01/2020)
- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf (Guia Orientador de Boa Prática, Serie 1, nº7 - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferencias e treino de deambulação, acedido a 13/01/2020)
- <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a20v46n2.pdf> (Artigo - Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática, Rev Esc Enferm USP 2012, Renata Flavia Abreu da Silva, Maria Aparecida de Luca Nascimento, acedido a 13/01/2020);
- https://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras_Por_Pressao-Guia_deReferenciaRapido.pdf (Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida, National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance, acedido a 13/01/2020)



Objetivos

Objetivos gerais

- Melhorar a qualidade de intervenção ao idoso.
- Prevenir lesões para o cuidador e o idoso.

Objetivos específicos

- Proteger as zonas de proeminências ósseas.
- Posicionar sem arrastar o corpo.
- Manter o corpo do idoso alinhado.
- Alterar a postura adotada pelos cuidadores.

1.Imobilidade

- Perda parcial ou total do movimento corporal. Implica dificuldade/ Incapacidade de realizar movimentos no desempenho das atividades de vida ,provocados pela diminuição/ ausência das funções motoras e sensitivas.



Necessário:

- ☐ Mobilizar
- ☐ Posicionar
- ☐ Transferir

2.Posicionamento

- Postura correta de repouso, que permite um adequado alinhamento dos diferentes segmentos do corpo, de forma a garantir a integridade e o equilíbrio músculo-esquelético com o mínimo dispêndio de energia.

Objetivos:

- Prevenir complicações a nível de todos os sistemas do corpo humano.
- Manter a amplitude e movimento articular.
- Manter a integridade cutânea.
- Promover conforto e bem estar.
- Promover o auto cuidado e autonomia.

Decúbito
Dorsal

Decúbito
semi-dorsal

Decúbito
lateral

Posição de
Fowler

Decúbito
Ventral

Decúbito
Semi-Ventral

2.Posicionamento. Decúbito Dorsal.



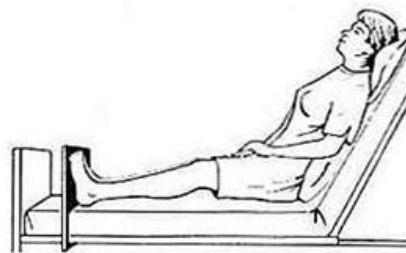
2.Posicionamento. Decúbito Semi-Dorsal.



2.Posicionamento. Decúbito Lateral.



2. Posicionamento. Posição de Fowler



3. Mobilização no leito



1



2



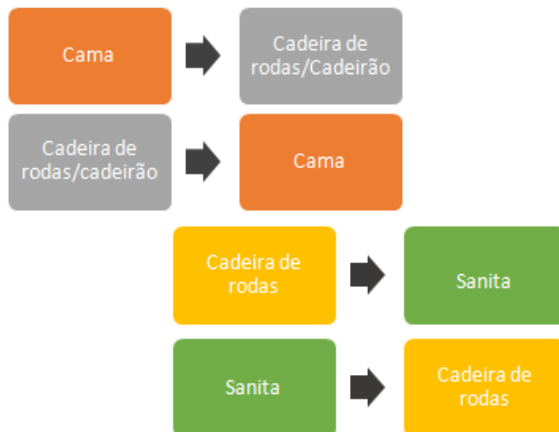
3

4. Transferir

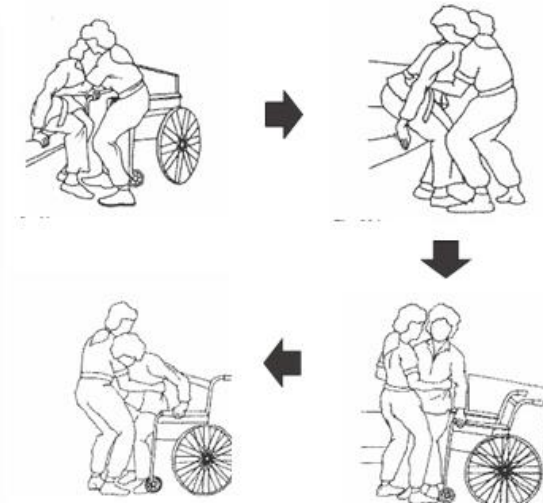
➤ Consiste na movimentação de um cliente de um local para outro.

Objetivos:

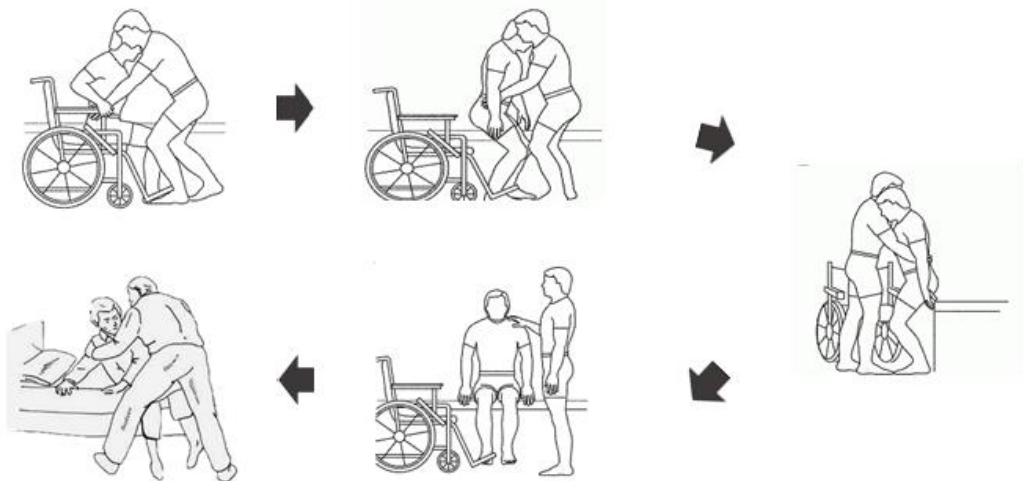
- Prevenir complicações a nível de todos os sistemas do corpo humano.
- Permitir a deslocação e realização de atividades.
- Estimular o relacionamento com os seus pares.
- Promover o auto cuidado e a autonomia do utente.



4. Transferir. Cama-Cadeira de Rodas



4. Transferir. Cadeira de Rodas-Cama



4. Transferir. Cadeira de Rodas-Sanita



4. Transferir. Sanita-Cadeira de rodas



5. Princípios no posicionamento e mobilização

Proteção do cuidador

- Ajustar a altura da cama de acordo com o centro de gravidade do profissional.
- Bom alinhamento corporal.
- Fletir o tronco e fletir ligeiramente os joelhos (músculos dos membros inferiores ao invés dos dorsolombares).
- Executar técnicas sempre que possível com dois profissionais.
- Não exercer carga que não seja suportável.
- Movimentos sincronizados.
- Usar sempre que possível auxiliares (ex: resguardos).

Proteção do utente

- Evitar-se fazer fricção (arrastar o utente).
- Evitar posicionar o utente sobre dispositivos médicos e objetos.
- Verificar sempre se as almofadas colocadas não estão a exercer pressão.
- Utilizar creme hidratante.
- Mobilizar utente pegando nas articulações .
- Acionar sempre o travão nas cadeiras de rodas, camas e outros dispositivos.

5. Princípios no posicionamento, mobilização e transferência



Bibliografia

- <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/UP.pdf> (Úlceras de Pressão Atuação na Prevenção e Tratamento, 2017, acedido a 13/01/2020)
- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf (Guia Orientador de Boa Prática, Serie 1, nº7 - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferencias e treino de deambulação, acedido a 13/01/2020)
- <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a20v46n2.pdf> (Artigo - Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática, Rev Esc Enferm USP 2012, Renata Flavia Abreu da Silva, Maria Aparecida de Luca Nascimento, acedido a 13/01/2020);
- https://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras_Por_Pressao-Guia_de_Referencia_Rapido.pdf (Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida, National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance, acedido a 13/01/2020)

Anexo 6 – Artigo “‘CUIDAR DO CUIDADOR’ Revisão Integrativa da Literatura

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior de Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Unidade Curricular: Estágio Final

2º Ano 3º Semestre

Ano Letivo 2019/2020

Docente(s): Professor Edgar Canais

“CUIDAR DO CUIDADOR” Revisão Integrativa da Literatura

Discente:

João Miguéns, nº 125

Portalegre, Novembro de 2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Unidade Curricular: Estágio Final

2º ano 3º Semestre

Ano Letivo 2019/2020

Docente(s): Professor Doutor Edgar Canais

“CUIDAR DO CUIDADOR”

Revisão Integrativa da Literatura

Discente:

João Miguéns, nº 125

Portalegre, Novembro de 2019

"CUIDAR DO CUIDADOR"
Revisão Integrativa da Literatura

"CUIDAR DEL CUIDADOR"
Revisión Integrativa de la Literatura

"CARING THE CAREGIVER"
Integrative Literature Review

João Miguéns¹

1 - Enfermeiro Responsável da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Fronteira – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Mestrando em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Autor responsável: João José Gaspar Miguéns

Email: joaomiguens15@gmail.com

RESUMO

Introdução: A população dependente tem vindo a aumentar exponencialmente a nível mundial, especialmente dada a crescente mudança de paradigma demográfico e o inerente envelhecimento da população. Neste âmbito, emerge a figura de cuidador informal, como aquele que, sendo normalmente do círculo íntimo da pessoa dependente, lhe proporciona cuidados, ainda que sem formação específica ou remuneração para tal. Assim, este cuidador pode ser um familiar, vizinho ou amigo, no qual é provável recair o fardo de longo-prazo de responder às necessidades da pessoa dependente (Carretero et al., 2009). Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais e socioeconómicos, que interferem com o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador e da pessoa dependente (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003).

Objetivo: Recuperar e sintetizar as intervenções operacionalizadas em enfermagem para minimizar (aliviar) a sobrecarga do cuidador.

Métodos: Revisão integrativa da literatura com recurso à bases de dados científica eletrónica B-on, relativamente a artigos publicados entre 2015-2019.

Resultados: Na pesquisa surgiram 20128 artigos não duplicados dos quais 6 foram selecionados, com a aplicação dos critérios de inclusão e que cumpriam os critérios da *checklist JBI*.

Conclusões: Intervenções de equipas multidisciplinares, multifacetadas fundamentadas e que tirem proveito das potencialidades da tecnologia são as tendencialmente mais promissoras na atualidade, no âmbito da capacitação e cuidado dos cuidadores informais.

Descritores: Cuidador, Sobrecarga, Idoso, capacitação, empowerment.

ABSTRACT

Introduction: The dependent population has been increasing exponentially worldwide, especially given the increasing demographic paradigm shift and the inherent aging of the population. In this context, emerges the figure of informal caregiver, as one who, being usually from the inner circle of the dependent person, provides him with care, even without specific training or remuneration for it. Thus, this caregiver may be a family member, neighbor or friend, where the long-term burden of responding to the needs of the dependent person is likely to fall (Carretero et al., 2009). This tension or overload can give rise to physical, psychological, emotional and socioeconomic problems that interfere with the well-being and quality of life of the caregiver and dependent person (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003).

Objective: To recover and synthesize the interventions implemented in nursing to minimize (alleviate) caregiver burden.

Methods: Integrative literature review using the B-on electronic scientific database for articles published between 2015-2019.

Results: In the research 20128 non-duplicate articles appeared, of which 6 were selected, applying the inclusion criteria and meeting the JBI checklist criteria.

Conclusions: Interventions by well-grounded multi-disciplinary teams that take advantage of the potential of technology are the most promising today, in the area of training and care for informal caregivers.

Descriptors: Caregiver, Overload, Elderly, training, empowerment.

RESUMEN

Introducción: La población dependiente ha aumentado exponencialmente en todo el mundo, especialmente dado el creciente cambio de paradigma demográfico y el envejecimiento inherente de la población. En este contexto, emerge la figura del cuidador informal, como alguien que, por lo general del círculo interno de la persona dependiente, le brinda atención, incluso sin capacitación o remuneración específica. Por lo tanto, este cuidador puede ser un familiar, vecino o amigo, donde la carga a largo plazo de responder a las necesidades de la persona dependiente es probable (Carretero et al., 2009). Esta tensión o sobrecarga puede dar lugar a problemas físicos, psicológicos, emocionales y socioeconómicos que interfieren con el bienestar y la calidad de vida del cuidador y la persona dependiente (Martins, Ribeiro y Garrett, 2003).

Objetivo: Recuperar y sintetizar las intervenciones implementadas en enfermería para minimizar (aliviar) la carga del cuidador.

Métodos: Revisión bibliográfica integradora utilizando la base de datos científica electrónica B-on para artículos publicados entre 2015-2019.

Resultados: En la investigación de 20128 aparecieron 6 artículos no duplicados, de los cuales 6 fueron seleccionados, aplicando los criterios de inclusión y cumpliendo con los criterios de la lista de verificación del JBI.

Conclusiones: Las intervenciones de equipos bien fundados y multidisciplinarios que aprovechan el potencial de la tecnología son actualmente las más prometedoras en el contexto de la capacitación y la atención de los cuidadores informales.

Descriptores: Cuidador, Sobrecarga, Ancianos, capacitación, empoderamiento.

REVISÃO DE LITERATURA

A população dependente tem vindo a aumentar exponencialmente a nível mundial. Esta é maioritariamente constituída por idosos, indivíduos com variados graus de incapacidade quer cognitiva quer motora e/ou doentes. A dependência caracteriza-se pelo grau em que uma pessoa necessita do apoio de outra(s) para desenvolver as suas atividades quotidianas (Conselho Europeu, 1998, citado por Carretero, Garcés, Ródenas, & Sanjosé, 2008). Neste âmbito, emerge a figura de cuidador informal, como aquele que, sendo normalmente do círculo íntimo da pessoa dependente, lhe proporciona cuidados, ainda que sem formação específica ou remuneração para tal. Assim, este cuidador pode ser um familiar, vizinho ou amigo, no qual é provável recair o fardo de longo-prazo de responder às necessidades da pessoa dependente (Carretero et al., 2009). Os cuidadores informais tendem a ser do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, de um baixo estrato socioeconómico e, normalmente, com disponibilidade para tal (Carretero, Garcés, & Ródenas, 2007). Ademais, os cuidados tendem a ser prestados na casa da pessoa dependente, frequentemente partilhada com o cuidador informal, o que intensifica os cuidados pessoais, emocionais e domésticos a prestar.

O papel de cuidador tem repercussões ao nível pessoal, familiar, laboral e social, tornandoos cuidadores informais vulneráveis a sintomas associados a tensão, fadiga, stress, constrangimento, frustração, redução do convívio, depressão, redução da autoestima, entre outros. Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais e socioeconómicos, que interferem com o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador e da pessoa dependente (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003). Assim "a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merecem por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependemos doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade" (Martins et al., 2003, p. 133).

A revisão das intervenções atualmente existentes e seus resultados neste âmbito é especialmente relevante na esfera social e política, tendo em conta a atual mudança de paradigma demográfico e consequente aumento do número de idosos dependentes. De uma forma geral, é comumente aceite que estas se concentram maioritariamente em duas vertentes: a de serviços estruturados de apoio ao descanso do cuidador informal (por exemplo, prestação de cuidados ao domicílio) e a de implementação de programas educativos psicossociais para o desenvolvimento das capacidades do mesmo para lidar com as variadas exigências envolvidas na prestação de cuidados, no sentido de aumentar os seus recursos face às mesmas (Garcés, Carretero, Ródenas, & Alemán, 2010). Contudo, dado o carácter multifacetado de ambas as vertentes recuperadas, importa sumariar e clarificar os contributos que a literatura tem vindo a criar neste campo, potenciando a prática baseada em evidências dos profissionais envolvidos, nomeadamente, dos enfermeiros.

METODOLOGIA

O presente estudo visa recuperar e sintetizar as intervenções operacionalizadas em enfermagem para minimizar (aliviar) a sobrecarga do cuidador.

Tabela 1 – Operacionalização da estratégia PICOD para formulação da questão de investigação.

P	Participantes	Quem foi estudado?	Quais as intervenções de enfermagem para minimizar (aliviar) a sobrecarga do cuidador?
I	Intervenções	O que foi feito?	
C	Comparações	Podem existir ou não?	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	
D	Desenho	Como é que a evidência foi recolhida?	

Para tal, segue uma metodologia de revisão integrativa. Esta permite a recuperação, crítica e condensação de vários contributos da investigação, quer qualitativa quer quantitativa, potenciando a sua abrangência e utilidade prática (Torraco, 2005).

Tabela 2 – Critérios de seleção dos estudos.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Data de publicação	De 2015 a 2019
Idioma de publicação	Português, Inglês ou Espanhol
Disponibilidade do texto	<i>Fulltext</i>
Profissionais intervenientes	Enfermeiros
Participantes	Cuidadores informais

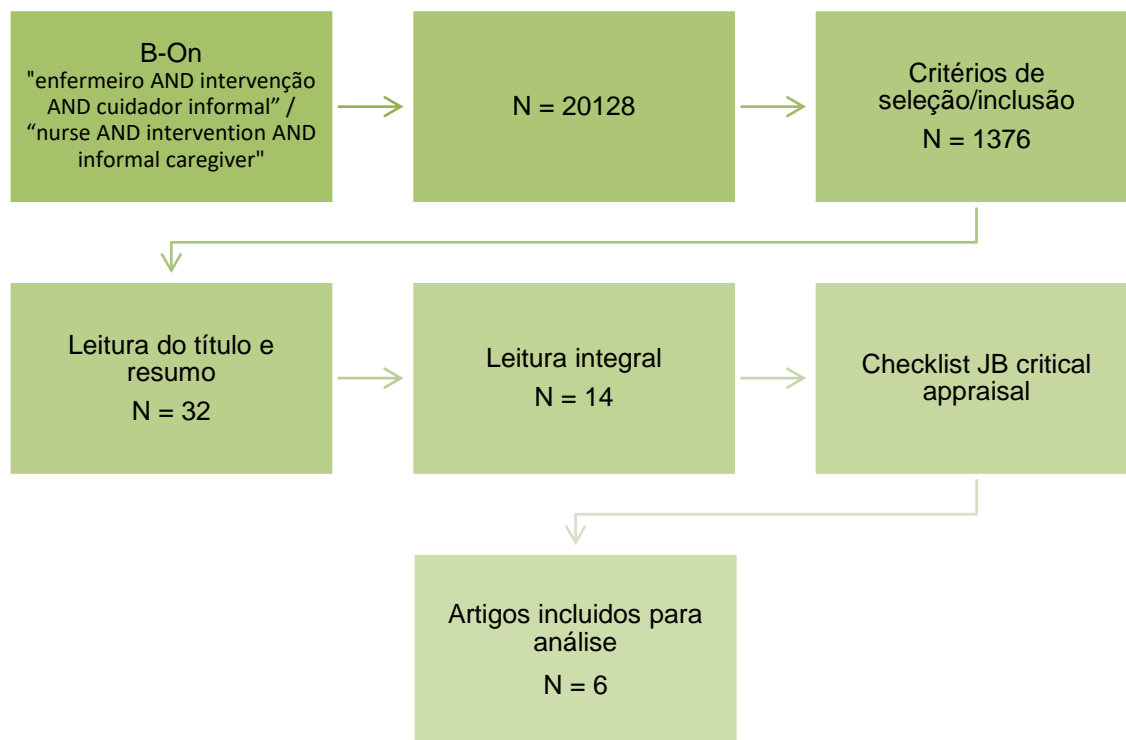
Estratégia de Pesquisa

A pesquisa efetuada tem por base o acesso a uma base de dados integrativa, nomeadamente a B-On, através da utilização de descritores validados no MeSH e DeSH.

A pesquisa foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2019, tendo-se considerado publicações dos últimos 5 anos (2015-2019), em português, inglês ou espanhol e com disponibilidade *FullText*. Teve-se ainda em conta o assunto associado às publicações, isto é, os profissionais de enfermagem e os cuidadores.

Assim, recorreu-se ao operador booleano AND, no âmbito da expressão de pesquisa "enfermeiro AND intervenção AND cuidador informal" / "nurse AND intervention AND informal caregiver".

Figura 1 – Diagrama (baseado nas indicações PRISMA) do processo de extração dos resultados.



Assim, os artigos incluídos para análise encontram-se na Tabela 3, abaixo, cronologicamente organizados, com os respectivos níveis de evidência e qualidade metodológica, avaliados segundo o Manual de *JoannaBriggsInstitute* (Briggs, 2014).

Tabela 3 –Níveis de evidência e qualidade metodológicados artigos incluídos para análise.

Título do artigo e autores	Níveis de evidência	Força
Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: A qualitative study (Zegwaard, Aartsen, Grypdonck, & Cuijpers, 2015)	4. Estudo descritivo	<i>Strong</i>
Developing a complex intervention programme for informal caregivers of stroke survivors: The caregivers' guide (Krieger, Feron, & Dorant, 2016)	4. Estudo descritivo	<i>Strong</i>
Effectiveness and cost-effectiveness of an in-home respite care program in supporting informal caregivers of people with dementia: Design of a comparative study	4. Estudo descritivo	<i>Strong</i>

(Vandepitte, Noortgate, Putman, Verhaeghe, & Annemans, 2016)		
Measuring self-appraised changes following participation in an intervention for caregivers of individuals with dementia (Mavandadia, Wray, & Toseland, 2018)	1c. Estudo randomizado controlado	<i>Strong</i>
Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: A Randomized Clinical Trial (Goudarzian, Fallahi-Khoshknab, Dalvandi, Delbari, & Biglarian, 2018)	1c. Estudo randomizado controlado	<i>Strong</i>
Nurses striving to provide caregiver with excellent support and care at a distance: A qualitative study (Solli & Hvalvik, 2019)	4. Estudo descritivo	<i>Strong</i>

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em 2015, Zegwaard e colegas apontaram que a percepção dos enfermeiros de saúde mental sobre o papel que o cuidador informal desempenha no sistema de suporte do paciente e o grau em que se sentem responsáveis pelo bem-estar do mesmo têm influência direta sobre a forma como atuam. Assim, foi possível distinguir três protótipos: o tolerante, o prevenido e o preocupado. No mesmo sentido, tal leva à conclusão de que os programas de intervenção devem ser individualizados na relação enfermeiro-cuidador-paciente, evitando generalizações improdutivas ou até mesmo prejudiciais. Paralelamente, torna-se clara a universalidade da importância do investimento no cuidado dos cuidadores informais, devendo estes ser perspectivados como agentes ativos e fundamentais na prossecução dos objetivos médicos e psicossociais dos pacientes no âmbito de qualquer programa de intervenção.

Krieger e colegas, em 2016, destacaram, à imagem dos autores anteriores, a necessidade de programas de apoio personalizados, holísticos e multifacetados para dar resposta às necessidades dos cuidadores informais. Neste sentido apontaram, de forma estrutural, cinco elementos concetualmente flexíveis a considerar na formulação dos mesmos, nomeadamente: conteúdo, recursos humanos, abordagem personalizada, tempo e configuração.

Vandepitte e colegas (2016) desenharam um estudo quase experimental para avaliar a efetividade custo-benefício de um programa de suporte ao descanso de cuidadores informais de pessoas com demência, avaliando o fardo destes como indicador principal e a sua qualidade de vida, problemas comportamentais, intenção para institucionalizar o paciente, entre outros, como secundários. Assim, estes autores abordaram a necessidade de avaliar as intervenções dos enfermeiros relativas aos cuidadores

informais tendo por base medidas mensuráveis, robustas e comparáveis, trazendo à discussão variáveis até à data subconsideradas na literatura e abrindo espaço para novas concepções sobre o tópico, concepções estas com potencial tangível dada a atual pertinência do tema, assim como do custo da saúde.

Mavandadia e colegas (2018) operacionalizaram um programa de suporte à distância, com o apoio multidisciplinar integrado de assistentes sociais e gestores de enfermagem, focando os conhecimentos, atitudes e habilidades de autogestão dos cuidadores informais participantes, com o objetivo de avaliar as propriedades da *Self-Appraisal of Change Scale*. O estudo randomizado controlado permitiu concluir que a intervenção promoveu mudanças percebidas significativas, destacando não só a provável validade do instrumento, mas também da eficácia da intervenção. Intervenção esta que incluiu três componentes principais: a) psicoeducação sobre sintomas de demência e habilidades e recursos para cuidar desses sintomas; b) desenvolvimento de estratégias de *coping* focadas na emoção (por exemplo, de relaxamento e autocuidado) e no problema (por exemplo, habilidades de resolução de problemas), assim como apoio geral ao grupo. A intervenção foi suportada por um manual e um caderno de apoio.

Goudarziane e colegas (2018) exploraram o efeito de sessões de intervenção telefônicas levadas a cabo por enfermeiros nos níveis de ansiedade e depressão de cuidadores informais. A diferença no nível de ansiedade verificado após a intervenção foi significativa, não se tendo verificado o mesmo para a depressão, o que pode remeter para a necessidade de intervenções mais prolongadas no tempo e inerente estudo de *outcomes*. Assim, conclui-se que este tipo de intervenção pode ser uma ferramenta facilitadora importante, sendo fonte de informação e apoio especializado e aumentando, em algum nível, o bem-estar dos cuidadores.

Solli e Hvalvik (2019) estudaram, similarmente, o apoio de longa distância prestada por enfermeiros a cuidadores informais, por meio de comunicação mediada por computador. Concluíram, pela análise desta intervenção baseada na tecnologia, que a comunicação foi caracterizada por proximidade, empatia e princípios éticos, com o objetivo psicoeducativo e funcional de fortalecer a competência e independência dos cuidadores. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, mostraram-se disponíveis e acessíveis, fornecendo supervisão e apoio virtual. Tal remete, fundamentalmente, para a necessidade de construir pontes entre os profissionais de saúde e os cuidadores informais, tirando proveito das tecnologias emergentes e preenchendo lacunas de necessidades já identificadas. Assim, o estudo contribuiu maioritariamente para a conscientização e a construção de conhecimento sobre as potencialidades benéficas deste investimento, quer do ponto de vista académico quer profissional.


CONCLUSÃO

Retomando a questão central do presente trabalho, importa refletir em quais as intervenções de enfermagem emergiram na literatura como ferramentas para minimizar (aliviar) a sobrecarga do cuidador. Assim, neste âmbito, importa também enquadrar as nossas conclusões naquilo que são os contributos fundamentais revistos como emergentes da análise feita, pelo que se destaca:

- A perceção dos enfermeiros de saúde mental sobre o papel que o cuidador informal desempenha no sistema de suporte do paciente e o grau em que se sentem responsáveis pelo bem-estar do mesmo têm influência direta sobre a forma como atuam, independentemente da intervenção específica a operacionalizar (Zegwaard et al., 2015);
- Existem cinco elementos relevantes e concetualmente flexíveis a considerar na formulação das intervenções, nomeadamente: conteúdo, recursos humanos, abordagem personalizada, tempo e configuração (Krieger et al., 2016);
- Existem indicadores variados a ter em conta aquando da avaliação da efetividade de uma intervenção de enfermagem em cuidadores informais, sendo necessário aprofundar o conhecimento sobre as mesmas (Vandepitte et al., 2016);
- Intervenções de equipas multidisciplinares (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, etc), multifacetadas (psicoeducação, focada em estratégias práticas, apoio psicológico; conhecimentos, atitudes e competências) e fundamentadas (documentos de apoio) são tendencialmente eficazes (Mavandadia et al., 2018);
- Intervenções à distância (telefónicas e/ou mediadas por computadores) revelam-se potencialmente frutíferas quando caracterizadas por proximidade, empatia e princípios éticos, e fortalecendo a saúde psicológica, a competência e a independência dos cuidadores (Goudarzian et al., 2018; Solli & Hvalvik, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Briggs, J. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014 edition*. TheJoannaBriggsInstitute 2014 [acesso em 7 de novembro de 2019]. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf;
- Carretero, S., Garcés, J., & Ródenas, F., (2007). Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 22, 738–749.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), 74-79.
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Alemán, C. (2010). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 254-259.
- Goudarzian, M., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Delbari, A., & Biglarian, A. (2018). Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: A randomized clinical trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(4), 248-252.
- Krieger, T., Feron, F., & Dorant, E. (2017). Developing a complex intervention programme for informal caregivers of stroke survivors: the caregivers' guide. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(1), 146-156.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde & doenças*, 4(1), 131-148.
- Mavandadi, S., Wray, L. O., & Toseland, R. W. (2019). Measuring Self-Appraised Changes following Participation in an Intervention for Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of gerontological social work*, 62(3), 324-337.
- Solli, H., & Hvalvik, S. (2019). Nurses striving to provide caregiver with excellent support and care at a distance: a qualitative study. *BMC health services research*, 19(1), 1-12.
- Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human resource development review*, 4(3), 356-367.
- Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., & Annemans, L. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of an in-home respite care program in supporting informal caregivers of people with dementia: design of a comparative study. *BMC geriatrics*, 16(1), 1-12.
- Zegwaard, M. I., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H., & Cuijpers, P. (2015). Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: a qualitative study. *BMC nursing*, 14(1), 1-10.



"AVIS, Cuidar do Cuidador"

- Projeto de Intervenção Comunitária -

APÊNDICES

Apêndice I – Síntese dos resultados extraídos dos artigos.

Identificação	Objetivo	Desenho do estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusão
Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: A qualitative study (Zegwaard, Aartsen, Grypdonck, & Cuijpers, 2015)	Explorar práticas atuais de apoio ao cuidador por enfermeiros de saúde mental	Qualitativo	Enfermeiros de saúde mental		A percepção dos enfermeiros de saúde mental sobre o papel que o cuidador informal desempenha no sistema de suporte do paciente e o grau em que se sentem responsáveis pelo bem-estar do mesmo têm influência direta sobre a forma como atuam	Os programas de intervenção devem ser individualizados na relação enfermeiro-cuidador-paciente
Developing a complex intervention programme for informal caregivers of stroke survivors: The caregivers' guide (Krieger, Feron, & Dorant, 2016)	Desenvolver um programa de intervenção para cuidadores informais de pacientes com histórico de AVC na Alemanha	Abordagem naturalista: design de métodos mistos	Cuidadores informais e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de pacientes com histórico de AVC		As intervenções devem estruturar-se pelos seguintes cinco elementos: conteúdo, recursos humanos, abordagem personalizada, tempo e configuração	Necessidade premente de programas de apoio personalizados, holísticos e multifacetados para dar resposta às necessidades dos cuidadores informais
Effectiveness and cost-effectiveness of an in-home	Desenvolver uma metodologia de avaliação da	Quasi experimental	Cuidadores informais de		A avaliação das intervenções deve ter por	Necessidade pertinente de avaliar as intervenções

respite care program in supporting informal caregivers of people with dementia: Design of a comparative study (Vandepitte, Noortgate, Putman, Verhaeghe, & Annemans, 2016)	efetividade da intervenção em cuidadores informais		pessoas com demência		base indicadores como o fardo dos cuidadores informais e a sua qualidade de vida, problemas comportamentais, intenção para institucionalizar o paciente, entre outros	dos enfermeiros relativas aos cuidadores informais tendo por base medidas mensuráveis, robustas e comparáveis
Measuring self-appraised changes following participation in an intervention for caregivers of individuals with dementia (Mavandadia, Wray, & Toseland, 2018)	Avaliar as propriedades da <i>Self-Appraisal of Change Scale</i> em cuidadores informais antes e após intervenção de apoio de profissionais de enfermagem	Estudo randomizado controlado	Cuidadores informais de veteranos com demência	a) psicoeducação b) desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção e no problema c) apoio geral	A intervenção promoveu mudanças percebidas significativas	Alto potencial de intervenções nos conhecimentos, atitudes e habilidades de cuidadores informais
Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: A Randomized Clinical Trial (Goudarzian, Fallahi-Khoshknab, Dalvandi,	O efeito da teleenfermagem nos níveis de depressão e ansiedade de cuidadores informais	Estudo randomizado controlado	Cuidadores informais de pacientes com histórico de AVC	Intervenção mediada por telefone	A diferença no nível de ansiedade verificado após a intervenção foi significativa	A teleenfermagem pode ser uma ferramenta facilitadora importante, sendo fonte de informação e apoio especializado e aumentando,

Delbari, &Biglarian, 2018)						em algum nível, o bem-estar dos cuidadores
Nurses striving to provide caregiver with excellent support and care at a distance: A qualitative study (Solli&Hvalvik, 2019)	Explorar o cuidado prestado por enfermeiros, à distância, a cuidadores informais de pessoas com demência ou histórico deAVC	Qualitativo explorativo	Enfermeiros	Intervenção mediada por computador	A comunicação foi caracterizada por proximidade, empatia e princípios éticos, com o objetivo psicoeducativo e funcional de fortalecer a competência e independência dos cuidadores, focando-se na supervisão e apoio virtual	Remete, fundamentalmente, para a necessidade de construir pontes entre os profissionais de saúde e os cuidadores informais, tirando proveito das tecnologias emergentes e preenchendo lacunas de necessidades já identificadas

Anexo 7 – Pedido de Autorização ao Professor Doutor Carlos Sequeira



Ex.mo Sr. Professor Doutor Carlos Sequeira

Eu, João José Gaspar Miguéns, enfermeiro com a cédula profissional nº 20827, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, encontrando-me a desenvolver um Projeto – Avis Cuidar do Cuidador – e pretendendo avaliar a sobrecarga do cuidador venho solicitar a Vossa Excelência autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador – Versão Portuguesa, validado por si para o contexto português.

Com os melhores cumprimentos


(João José Gaspar Miguéns)

“AVIS, Cuidar do Cuidador”

- Projeto de Intervenção Comunitária -



Anexo 8 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO NO ÂMBITO DO PROJETO "CUIDAR DO CUIDADOR."

O questionário, será realizado com conhecimento prévio do Enf.º Responsável da UCSP de Avis, destinam-se exclusivamente ao projeto desenvolvido pelo enfermeiro, João José Gaspar Miguéns, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, ficando à guarda e responsabilidade do enfermeiro que efetuará as entrevistas João José Gaspar Miguéns, e do Professor Orientador do projeto, Prof. Doutor Edgar Canais.

É garantido que a presente autorização pode ser retirada em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados prestados à pessoa.

Parte declarativa do profissional:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos,

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nº da Cédula Profissional: _____

À Pessoa:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas.

Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quando me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo / não autorizo, (riscar o que não interessa) o ato indicado bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas.

_____ (local), ____/____/____ (data)

Nome: _____

Assinatura : _____

Nota: Este documento é feito em duas vias: uma para incluir como anexo no citado projeto e outra para ficar na posse da pessoa que consente.

Anexo 9 – Declaração de Aceitação de Orientação



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio do estudante João José Gaspar Miguéns, nº 125, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**, que versa sobre a temática "**Avis, Cuidar do Cuidador**".

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na(o) mestranda(o) adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Portalegre, 12 de novembro de 2019

O Orientador

Edgar Duarte Canais

Anexo 10- Pedido de Autorização ao Provedor da SCMA / Resposta

Exm^a. Sr^a. Provedora,

da Santa Casa da Misericórdia de Avis,

Dr.^a Lisália Madeira

Assunto: Pedido de autorização para realização o Projeto de Intervenção Comunitária – Avis Cuida do Cuidador.

João José Gaspar Miguéns, enfermeiro com a cédula profissional nº 20827, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação -Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre entre 2018-2020, vem por este meio, solicitar a V. Ex. autorização para realizar Projeto de Intervenção Comunitária – Avis Cuida do Cuidador na vossa instituição, através da identificação e acesso aos cuidadores informais.

O Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que decorre de 16 de setembro 2019 a 31 de janeiro 2020, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados no Centro de Saúde de Avis, sob orientação do Prof. Edgar Canais e do Sr. Enfermeiro Especialista João Manuel Taniças Bravo.

A população do concelho de Avis é uma população envelhecida. Verifica-se ainda nesta comunidade a existência de idosos dependentes ao cuidado de cuidadores informais. Tendo em conta que o envelhecimento é também uma das linhas de investigação preconizadas para este mestrado, optou-se por abordar a temática do projeto na área do Cuidador Informal.

Resumo do Projeto: Promoção da saúde e capacitação dos cuidadores, com este projeto pretende-se avaliar e diminuir a sobrecarga do cuidador.

Objetivo: Aumentar os conhecimentos e competências dos cuidadores informais e desta forma diminuir a sobrecarga do cuidador.

Resumo do estudo e métodos: Na metodologia pretendemos aplicar o questionário de caracterização do utente dependente (anexo I) e a escala de Barthel da DGS (anexo II), pretendemos aplicar o questionário de caracterização do cuidador informal (anexo III), saber quais as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais (anexo IV) e aplicar a escala da sobrecarga do cuidador – versão portuguesa (anexo V).

Considerações éticas: as respostas serão analisadas e tratadas com confidencialidade e proteção de informação entre os profissionais intervenientes, assegurando o uso exclusivo e apenas pertinente, dos dados recolhidos para o presente projeto. As conclusões finais serão apresentadas e divulgadas em conjunto com a entidade envolvente no projeto, baseadas no anonimato e confidencialidade de informação. O cuidador informal pode retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que exista qualquer consequência para o mesmo. Os participantes assinam o consentimento informado livre e esclarecido em duplicado (anexo VI), ficando com um dos exemplares.

Dada a importância dos benefícios do desenvolvimento deste projeto para a comunidade e para o meu desenvolvimento enquanto futuro Enfermeiro Especialista, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Pede deferimento.

Avis, 21 de Outubro de 2019

(João José Gaspar Miguéns)



**Santa Casa da Misericórdia
de Avis**

Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde

Campus Politécnico nº 10

7300-555 Portalegre

S. ref.

Of. nº 316/2019

Avis, 2019.11.08

Exmos. Srs, Professor Edgar Canais e Enfermeiro João Miguéns,

A Santa Casa da Misericórdia de Avis acusa a receção do vosso pedido, agradece a preferência na escolha da instituição e informa que pedido para realização do Projeto de Intervenção Comunitária – Avis Cuida do Cuidador foi deferido.

Sem outro assunto, ao dispor para qualquer esclarecimento, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

De V. Ex.ª,

Atenciosamente

A Provedora

(Maria Lisália de Oliveira Gonçalves Madeira)